

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres                  | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LUQUE            | HOLGUIN          | ALFREDINA DE LOS ANGELES | 21                  | 02  | 1965 | 61 años, 0 meses, 18 días | Mujer   |
|                  |                  |                          | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | Pais           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                       | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|---------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304629924        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LOS NARANJOS 2 y CARLOS MOREIRA | 098-378-7634 /      |
| Ver instructivo | Describir Pais | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria    | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1304629924      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |      | Fecha |     |  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Reumatología | 2026 | 03    | 11  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad  
resolutiva



Saturación capacidad  
instalada



Ausencia temporal del  
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS, CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 66%, APP: HTA EN TTO CON AMLODIPINO 10 MG VO QD Y ERC DIALISIS TRES VECES POR SEMANA ACUDE POR SOLICITUD DE REFERENCIA A REUMATOLOGIA YA QUE MANTIENE CONTROLES EN EL NAPOLEON DAVILA CORDOVA. PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, REFIERE DISMINUCIÓN DE FUERZA MUSCULAR Y LIMITACIÓN DE RANGOS ARTICULARES. PACIENTE ACTUALMENTE EN TERAPIA REFIRIENDO MEJORIA EN CUANTO A LA MARTE MOTORA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ATROFIA Y DESGASTE MUSCULARES, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE | M625   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     |  FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR:<br>MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO<br>VALIDAR ÚNICAMENTE CON FIRMAEC |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-03-11 | 08:46 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |                                                                                                                                                                                     |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-11 | 08:46 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |       |