

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	ZAMBRANO	VICENTA ELIZABETH	05	04	1964	62 años, 1 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304761776	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CALLE OLMEDO y SAN AGUSTIN	099-063-1267 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area	
MSP	1304761776	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	05	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS CON APP DE ACV. con secuela de leve desviación de la comisura labial... HPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA CON DIOVAN HCT 320/12.5,+ amlodipino 5mg CARVEDILOL DE 25MG QD, ESPIRONOLACTONA A LAS MAÑANA, ESTATINAS ... Ahora acude por control y mantienen sus necesidades fisiológicas y signos vitales normales... AHORA CON RESULTADOS DE HbA1c: 4.6%. HDL: 60 LDL: 70mg/dl. INSULINA BASAL: 24 U/L. HOMA-IR: 5.2 (No es Diabetica pero Si tiene Resistencia a la Insulina.. Tambien rfiere dolor en el tobillo por una caída (esguince G°1 Y en la cadera a predominio Izquierdo... (osteoartrosis...) y solicita referencia a Reumatologia... se Indica recomendaciones generales y referencia solicitada.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

osteoartrosis

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COXARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M160		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	14:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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 clinico

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
2026-05-28	14:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

