

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ		GLADYS CONCEPCION	18	09	1954	71 años, 9 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304813825	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA MARIO LOOR y	099-969-8179 /
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	1304813825	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	07	14
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

☐

CONTROL Y
SEGUIMIENTO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS DE EDAD CON APP: HTA (LOSARTAN 100MG QD + AMLODIPINO 5MG QD) ARTROSIS PRIMARIA GENREALIZADA (AC IBANDRONICO 150 MG MENSUAL) AA: NIEGA. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD CON UNA CONTRAREFERENCIA DEL HOSPITAL EN DONDE MENCIONA PRESENTAR DOLOR POLIARTICULAR DE LARGA DATA A PREDOMINIO DE HOMBROS, CADERA Y AMBAS RODILLAS CON UNA DMO ANTEBRAZO RADIO T-SCORE DE -3.1 EN COLUMNA Y CADERA NORMAL, CON DIAGNOSTICO DE ARTOSIS PRIMARIA GENERALIZADA EN DONDE SE ENVIA TRATAMIENTO AC IBANDRONICO 150MG MENSUTAL, AC FOLICO, COMPLEJO B, CARGA MENSUAL DE VITAMINA D3 VO, COLAGENO VO Y RENOVAR REFERENCIA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE REFIERE QUE HACE 24 HORAS PRESENTO CEFALEA HEMICRANEANA IZQUIERDA EVA 8/10 POR LO CUAL TOMO IBUPROFENO Y LE MEJORO CUADRO CLINICO, NIEGA CUALQUIER OTRA SINTOMATOLOGIA. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO ACEPTABLE, IMC SOBREPESO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	09:42	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-07-14	09:42	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

