

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ZAMBRANO	BEATRIZ MAGDALENA	06	05	1964	61 años, 5 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304862921	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO CIRIACO 2 y SITIO CIRIACO 2	099-138-2991 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304862921	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	10	13
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 60 AÑOS DE EDAD CON APP: HTA (LOSARTAN 50MG QD), DM II (METFORMINA 500MG QD), ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 3. AQX: SALPINGECTOMIA ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA REUMATOLOGIA, PACIENTE REFIERE CONTROL MEDICO EN HOSPITAL NAPOLEON CON ESPECIALIDAD POR DIAGNOSTICO: ARTROSIS. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. GLASGOW 15/15.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS DE EDAD CON APP: HTA (LOSARTAN 50MG QD), DM II (METFORMINA 500MG QD), ESTEATOSIS HEPATICA GRADO 3. AQX: SALPINGECTOMIA ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA REUMATOLOGIA, PACIENTE REFIERE CONTROL MEDICO EN HOSPITAL NAPOLEON CON ESPECIALIDAD POR DIAGNOSTICO: ARTROSIS. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. GLASGOW 15/15.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-13	16:00	Medicina Rural	LIZBETH MICHELLE MORETA DIAZ	1719577114	

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
2025-10-13	16:00	Medicina Rural	LIZBETH MICHELLE MORETA DIAZ	1719577114	

