

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA		ENMA ANGELINA	28	08	1944	80 años, 6 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304968264	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SALINAS y MANEUL DE JESUS ALVAREZ	096-921-4819 /
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	1304968264	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología		2025	03	18
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 REFIERE ZUMBIDO DE OIDOS QUE APARECE DE FORMA ESPORADICA DE APROXIMADAMENTE D E9 AÑOS DE EVOLUCION, CON DISMINUCION DE AGUDEZA AUDITIVA DOLOR DE ESPALDA, REFIERE ANTECEDENTE DE CAIDA EN EL TERREMOTO, ANTECEDENTE PATOLOGICOS PERSONALES, QUIRURGICO, DESCENSO DE VEGIGA URINARIA COLOCACION DE MALLA QUIRURGICA HACE ALGUNOS AÑOS, ANTECEDENTE D FRACTURA EN MIMEMBRO SUPERIRO DERCHO, TOS SECA FRECUENTE, AVECES PRURITO OCULAR POR RESEQUEDAD, A VEES TOMA AINE PAR AEL DOLOR, ANTCEDEENTE DE DUELO HACE 3 MESES .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	12:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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