

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	LOOR	MARIA AUXILIADORA	31	05	1946	80 años, 0 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305077206	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	098-545-1311 /
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	1305077206	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	06	24
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 DE 80 AÑOS DE EDAD APP: EPILEPSIA Y HTA CRONICA, ES ATENDIDA EN COMUNIDAD EL AGUACATE DE ÑAUISE, REFIERE CUADRO DE DOLOR ARTICULAR CRÓNICO DE PREDOMINIO MECÁNICO, CON LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA, SIN DATOS CLÍNICOS CLAROS DE COMPROMISO SISTÉMICO AGUDO, QUE CEDE PARCIALMENTE CON ANALGESIA. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA EN REGULAR ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO/A, AFEBRIL. SE DECIDE REFERENCIA A REUMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA, COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y DEFINICIÓN ETIOLÓGICA, CONSIDERANDO EDAD, CRONICIDAD DEL CUADRO Y NECESIDAD DE DESCARTAR PATOLOGÍA INFLAMATORIA. SE INDICA MANEJO ANALGÉSICO SEGÚN TOLERANCIA, MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS, Y VIGILANCIA DE SIGNOS DE ALARMA COMO INFLAMACIÓN ARTICULAR AGUDA, FIEBRE O DETERIORO FUNCIONAL RÁPIDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M199		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	19:17	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-06-24	19:17	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

