

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ORTIZ	YAIRA YOCONDA	29	11	1965	60 años, 5 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305149054	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDAL SANTA FE 2000 y 098-805-3283 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305149054	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	05	12
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 60 AÑOS DE EDAD, REFIERE ARTRALGIAS EN MANOS, HOMBROS Y RODILLAS, SENSACIÓN DE PARESTESIA EN AMBAS MANOS, EVOLUCIÓN CRÓNICA, RECIBE TRATAMIENTO CON ACIDO ALENDRONICO 70 mg SEMANAL VO, SYSADOAS-CONDROPROTECTORES, PREGABALINA VO, Y COMPLEJO B VO, NECESITA ATENCIÓN SUBSECUENTE POR ESPECIALISTA PARA CONTINUAR TTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE MANOS: OSTEOPENIA DIFUSA-PINZAMIENTOS ASIMÉTRICOS- EROSIONES YUXTAARTICULARES. RX DE RODILLAS DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERARTICULAR-BICOMPARTIMENTAL- ESCLEROSIS SUBCONDRA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	13:04	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO

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 clínico

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
2026-05-12	13:04	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	