

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLORES	MENDOZA	ROSA MERCEDES	08	12	1966	59 años, 4 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305338459	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-865-0589 /
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	1305338459	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	04	10
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 59 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE OBESIDAD GRADO I. ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN COLUMNA LUMBAR Y DOLOR EN AMBAS RODILLAS - PRESENTA DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y EXACERVACION AGUDA DEL CUADRO ARTICULAR - REFIERE QUE DESDE LA INFANCIA SE DEDICO A TRABAJOS AGRICOLAS - SE REFIERER A REUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA: Glucosa 106.5 mg/dL 70 - 110 Ácido Úrico 4.25 mg/dl 2.4 - 6 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX LUMBAR SE OBSERVA LEVE PERDIDA OSEA - ESTRECHES DE DISCOS INTERVERTREVALES //// RX DE RODILLAS Osteofitos poco definidos Leve estrechamiento del espacio articular EMO: LEUCOCITOS 20 X CAMPO - HEMATIES ABUNDANTES - BACTERIAS ++

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROPATIA INFLAMATORIA	M064		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	09:13	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-10	09:13	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	