

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	SALAZAR	NORMINA GUADALUPE	08	11	1968	56 años, 2 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305473637	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLECHONE BAHIA SAN VICENTE y LA GUADALUPANA	099-903-0802 /
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	1305473637	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2025	01	09
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

☐

GONARTROSIS BILATERAL

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 56 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES DE GASTRITIS EN TRATAMIENTO CON GASTROENTEROLOGIA, LITIASIS URETERAL(23 DE ENERO CON UROLOGIA), ARTROSIS EN CONTROLES CON REUMATOLOGIA(QUE PERDIÒ Y ACUDE POR REFERENCIA), ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROX 3 DIAS DOLOR LUMBAR, Y MENCIONA DOLOR EN LA PIERNA IZQUIERDA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LUMBALGIA PERO PRESENTA TAMBIEN POLIARTRALGIAS, COXALGIA Y GONALGIA BILATERAL/ RX COXARTROSIS, GONARTROSIS, RX DE COLUMNA LUMBAR EVIDENCIA SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS Y ESPONDILOLISTESIS L5-S

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	10:04	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2025-01-09	10:04	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	