

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	SALAZAR	NORMINA GUADALUPE	08	11	1968	56 años, 10 meses, 29 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	Convecional/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	10	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 56 AÑOS, CON APP: COXARTROSIS. PACIENTE ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR POLIARTRALGIAS DE LARGA DATA, PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR SE HA INTENSIFICADO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, PACIENTE SE ENCONTRABA EN SEGUIMIENTO CON REUMATOLOGÍA PERO HA PERDIDO EL SEGUIMIENTO EN EL ULTIMO AÑO. ESPECIALISTA REPORTA EN SISTEMA RX DE PACIENTE EN LA QUE REFIERE COX LUMBOSACRA QUE MUESTRA SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS, OSTEOFITOS MARGINALES, LISTESIS L5-s1. LUMBOSACRA QUE MUESTRA SIGNOS DE ESPONDILOARTROSIS, OSTEOFITOS MARGINALES, LISTESIS L5-s1. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR EN ARTICULACIÓN LUMBOSACRA. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NÚMERO: 0987728134

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COXARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M160		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-07	14:22	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-10-07	14:22	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

