

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	BAZURTO	MARIA FERNANDA	13	08	1968	57 años, 9 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305557611	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ALEJO LASCANO y ENTRE BOLIVAR Y ROCAFUERTE	097-965-9348 / (05)-269-6772
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	1305557611	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	18	
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (HIJO) , TIENE ANTECEDENTES DE DIABETES INSULINO DEPENDIENTE, AL MOMENTO REFIERE DOLOR DE LARGA EVOLUCION Y EN SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA DE MANERA PARTICULAR, REFIERE DOLOR EN ARTICULACION GLENO HUMERAL QUE SE IRRADIA HACIA CUELLO, TIBIO FEMORAL DE TIPO QUEMANTE, QUE SE IRRADIA HACIA PIERNAS, DE INTENSIDAD MODERADA A GRAVE CUANDO REALIZA MUCHA ACTIVIDAD. REFIERE QUE DOLORES NO CEDEN CON LA ADMINISTRACION DE ANALGESICOS NI AINES . AL MOENTO CON FACIES ALGICAS
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR CRONICO INTRATABLE	R521	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-05-18	16:20	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	IA Validado únicamente en PinesEC. Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO

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
2026-05-18	16:20	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

