

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SABANDO	CARMEN LILIAN	15	06	1957	68 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305631929	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SN y	096-780-4055 /
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	1305631929	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología		2026	06	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ADULTO MAYOR DE 68 AÑOS DE EDAD CON DEAMBULACIÓN ASISTIDA CON BASTÓN DE UNA PUNTA. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: POLIARTROSIS GENERALIZADA EN TRATAMIENTO EN CALCITRIOL 0.05MG VO QD 9AM, ÁCIDO ALENDRÓNICO 70MG VO QD POR SEMANA; HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG VO QD 7AM Y AMLODIPINO 2.5MG VO QD. DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 36 UI AM Y 12 UI PM, EMPAGLIFLOZINA 25MG VO QD. ALERGIAS: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: MASTECTOMÍA DERECHA. ANTECEDENTES FAMILIARES: HERMANO CON MELANOMA, HERMANA CON CÁNCER DE MAMA. ACUDE EN COMPAÑAMIENTO FAMILIAR PARA CONTROL DE ECNT + RETIRO DE MEDICACIÓN. PACIENTE NO REFIERE MOLESTIAS NI SINTOMATOLOGÍA. PACIENTE ACTIVA Y AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

dolor de varias articulaciones .DEAMBULACIÓN ASISTIDA CON BASTÓN DE UNA PUNTA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	13:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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
2026-06-09	13:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

