

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	SUAREZ	JANETH MARGARITA	26	05	1970	55 años, 9 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	1306201003	MANABI	CHONE	CONVENTO	SAN ANDRES y VIA QUITO CHONE	099-145-7225 / (00)-000-0000
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	1306201003	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	03	23
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 55 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD VISUAL DEL 50%, HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES TIPO 2. ANTECEDENTES QUIRURGICOS CIRUGIA BARIATRICA. EXPLORACION FISICA: DEFORMIDAD EN DEDOS DE LAS MANOS, PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA ARTROSIS. PACIENTE SEGÚN CRITERIO DE ESPECIALISTA REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR FISIATRÍA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SEGÚN CRITERIO DE ESPECIALISTA REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR FISIATRÍAEN DENSITODENTRIA OSEA REALIZADA EN DICIEMBRE 2025 REPORTA OSTEOPENIA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-23	18:23	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	

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
2026-03-23	18:23	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	