

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	FARIAS	ROSA ELVIRA	25	01	1956	69 años, 10 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306257492	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	GARRAPATA y	098-518-6802 /
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	1306257492	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	12	11
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	☐	DOLOR EN REGION LUMBO SACRA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 69 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG VO QD, CLORTALIDONA 12.5 VO QD, HIPOTIROIDISMO LEVOTIROXINA 50 MCG VO QD. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ENFERMEDADES DE BASE Y SOLICITUD DE REFERENCIA CON TRAUMATOLOGIA DEBIDO A QUE SE OLVIDARON DE DARLE TURNO SUBSECUENTE. REFIERE ALIMENTARSE ADECUADAMENTE, REALIZA NECESIDADES FISIOLÓGICAS SIN DIFICULTADES. REFIERE HACE 1 SEMANA CEFALEA HOLOCRANEANA DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD, MAREOS, NIEGA DEMAS SINTOMAS ASOCIADOS. ADEMÁS REFIERE DOLOR EN ZONA LUMBO SACRA DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN QUE DIFICULTA LA MOVILIZACION. AL EXMAEN FISICO LASSAGE NEGATIVO. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL. TELF: 0988782954

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-11	09:15	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-12-11	09:15	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

