

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	ORTIZ	NANCY JACQUELINE	27	05	1968	57 años, 3 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306344639	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y CDLA UNIDOS VENCEREMOS	096-743-3171 / (99)-999-9999
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	1306344639	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	09	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 DE EDAD QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ARTICULAR MECÁNICO DE EVOLUCIÓN CRÓNICA, LOCALIZADO PRINCIPALMENTE EN RODILLAS Y MANOS, DE INTENSIDAD PROGRESIVA, QUE AUMENTA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CEDE CON EL REPOSO, ACOMPAÑADO DE RIGIDEZ MATINAL DE CORTA DURACIÓN (MENOR A 30 MINUTOS), LIMITACIÓN FUNCIONAL, CREPITACIÓN AL MOVIMIENTO, DISMINUCIÓN DEL RANGO ARTICULAR Y DEFORMIDADES LEVES EN INTERFALÁNGICAS DISTALES, CONSISTENTE CON ARTROSIS. PACIENTE MANTENIA TRATAMIENTO CON REUMATOLOGA EN EL HOSPITAL NAPOLEON, ACUDE PARA RENOVAR REFERENCIA. PACIENTE ADEMÁS REFIERE QUE HA PRESENTADO DISURIA, POLIURIA, DOLOR EN HIPOGASTRIO, ASTENIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE YA CONOCIDO POR EL SERVICIO, SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO. SE SOLICITA RX
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-18	15:18	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

