

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	MOREIRA	SONIA MARBELLA	01	04	1969	57 años, 1 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306451871	MANABI	CHONE	CANUTO	VIA CHONE y SN	098-296-1384 /
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	1306451871	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	08
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 refiere cuadro clinico de aproximadamente 3 meses de evolucion, caracterizado por dolor articular multiples, de intensidad 8/10. que se acompaña de rigidez matutina. paciente refiere limitacion funcional para realizar sus actividades cotidianas. al momento paciente hemodinamicamente estable con signos vitales en parametros normales.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

paciente refiere cuadro clinico de aproximadamente 3 meses de evolucion, caracterizado por dolor articular multiples, de intensidad 8/10. que se acompaña de rigidez matutina. paciente refiere limitacion funcional para realizar sus actividades cotidianas. al momento paciente hemodinamicamente estable con signos vitales en parametros normales.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARTROSIS SECUNDARIAS	M192		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	09:42	Medicina Rural	KARLA MISHALLE CEDEÑO CHUEZ	1350978688	 FIRMA electrónicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: KARLA MISHALLE CEDEÑO CHUEZ

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 clínico

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
2026-05-08	09:42	Medicina Rural	KARLA MISHALLE CEDEÑO CHUEZ	1350978688	