

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	SALTOS	MARIA ISABEL	05	11	1950	74 años, 9 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306456466	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	099-471-5791 /
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	1306456466	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	08	25
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	DOLOR DE CADERA Y ESCLEROSIS SUBCONDRALE	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON HIEPRTENSIÓN ARTERIAL MEDICADA CON CLORTALIDONA 25 MG Y LOSARTAN 50 MG MAS METFORMINA TABLETA 1000 MG AL MOEMNTO NORMOTENSA PERO TRAE LABORATORIO CON HB 11.8 Y LLAMA LA ATENCION CREATININA DE 1.59 CON FG 31.66 SE ENVIA COCIENTE ALBÚMINA CREATININA, GLUCOSA EN AYUNA DE 128.8 POR LO QUE SE AGREGA DAPAGLIFLOZINA A SU ESQUEMA TERAPÉUTICO, ADEMÁS TRAE RX ENVIADA POR DOLOR DE CADERA DE PREDOMINIO DERECHO CON ESCLEROSIS SUBCONDRALE POR LO QUE ES ENVIADA A REUMATOLOGIA 0994715791

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.,

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-08-25	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

