

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	DOUGLAS MICHEL	18	08	1969	56 años, 7 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306523232	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE ROCAFUERTE y	098-635-5271 /
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	1306523232	CANUTO	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		2026	03	25
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 dolor articular en miembros superiores e inferiores

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Paciente de 56 años que presenta cuadro clínico de aproximadamente 3 meses de evolución caracterizado por dolor articular bilateral en miembros superiores e inferiores, de intensidad 8/10 según EVA, localizado principalmente en articulaciones de (rodillas, tobillos, hombros, codos, muñecas, interfalángicas). Al momento paciente hemodinamicamente estable.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR, NO ESPECIFICADO	R529		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	14:59	Medicina Rural	KARLA MISHELLE CEDEÑO CHUEZ	1350978688	 Firmado electrónicamente por: KARLA MISHELLE CEDEÑO CHUEZ Validar únicamente con FirmaBC

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
2026-03-25	14:59	Medicina Rural	KARLA MISHELLE CEDEÑO CHUEZ	1350978688	