

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEMERAS	MURILLO	ROSA CARMEN	25	03	1953	72 años, 4 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307085090	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VÍA A CONVENTO y	098-774-2052 /
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	1307085090	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	08	05
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 ADULTA MAYOR DE 72 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP: HTA , TOMA LA SIGUIENTE MEDICACIÓN: LOSARTAN 100MG CADA DIA, ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA POR ESPECIALIDAD REUMATOLOGIA ,PACIENTE REFIERE QUE ESPECIALISTA LE INDICO ACUDIR AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO PARA SACAR TURNO PARA SEGUIMIENTO , PACIENTE ACUDE CON TURNO PARA RX Y EXAMENES DE LABORATORIO EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA PARA EL 03 DE SEPTIEMBRE Y CON ORDEN DE ESPECIALISTA PARA SACAR TURNO PARA SEPTIEMBRE DEL 2025 , AL MOMENTO CON DOLOR ARTICULAR EN HOMBRO IZQUIERDO DE TRES MESES DE EVOLUCION DE MANERA CONTINUA QUE SE IRRADIA HACIA REGION INTERCOSTAL IZQUIERDA , ADEMAS REFIERE ENTUMECIMIENTO DE AMBAS MANOS. MOTIVO POR EL CUAL SE SUGIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A LA EXPLORACION FISICA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO MOVILIDAD LIMITADA POR EL DOLOR A LA ELEVACION Y ABDUCCION DEL HOMBRO, DOLOR A LA PALPACION DELTOIDEA, SIN PRESENCIA DE EDEMA, NI SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES. RESTO DE EXPLORACION FISICA SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M199	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	09:06	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-05	09:06	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

