

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DELGADO	DAMASO ELEUTERIO	14	06	1970	55 años, 2 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307260438	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SESME DOS y	099-999-9999 /
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	1307260438	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	08	19
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 DE 55 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ALTERIAL TRATATADA CON LOSARTAN DE 50MG, ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR DOLOR ARTICULAR DE LARGA DATA EVA8/10, REFIERE TOMAR ANALGESIA PERO NO ENCUENTRA MEJORIA, REFIERE CONTROL ARTERIAL PERO POR MOTIVOS PERSONALES PERDIO EL CONTROL. POR TAL RAZON SE INICIA TRAMITES PARA REFERENCIA CON REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 55 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ALTERIAL TRATATADA CON LOSARTAN DE 50MG, ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR DOLOR ARTICULAR DE LARGA DATA EVA8/10, REFIERE TOMAR ANALGESIA PERO NO ENCUENTRA MEJORIA, REFIERE CONTROL ARTERIAL PERO POR MOTIVOS PERSONALES PERDIO EL CONTROL. POR TAL RAZON SE INICIA TRAMITES PARA REFERENCIA CON REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	10:25	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-08-19	10:25	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

