

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	PATIÑO	ISABEL DEL CARMEN	04	07	1954	71 años, 11 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	1307349520	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	N y	999-999-9999 /
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	1307349520	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	06	15
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 clinico

ADULTA MAYOR DE 71 AÑOS CON APP DE COXOARTROSIS, GONARTROSIS Y POLIARTROSIS CON OSTEOPOROSIS, EN SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA EN EL H. DE CHONE. AHORA ACUDE SOLICITANDO REFERENCIA PARA QUE LE CONTINUE DANDO LOS TURNOS ALLA YA QUE ACÁ NO HAY LOS MEDICAMENTOS QUE ELLA TOMA... AL EX. FISICO: SE CONSTATA OBESIDAD, SE CONSTATA DIFICULTAD A LA MARCHA FLUIDA POR SU PATOLOGIA DE BASE Y CREPITACIÓN EN RODILLAS HOMBRO Y CADERA... AL RASTREO ECOGRAFICO RIÑONES PEQUEÑOS CON BORDES IRREGULARES Y RELACIÓN CORTICOMEDULAR DISMINUIDA... POR ELLO SE INDICA EX. DE LAB. INCLUIDO PERFIL RENAL... SE INSISTE EN LA REFERENCIA A REUMATOLGIA AL HOSPITAL DE CHONE...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COXARTROSIS Y GONARTROSIS EN SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL DE CHONE...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	10:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-15	10:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

