

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	HIDALGO	SUSANA LEOPOLDINA	04	05	1973	52 años, 2 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307485480	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CARLOS ALBERTO ARAY y EMILIO HIDALGO	098-085-6126 /
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	1307485480	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2025	07	23	
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

F 52A. APP: FIBROMIALGIA + RINITIS ALERGICA + HIPOTIROIDIS MO. APF: NR. APOX: NR. AA: NR. ACUDE POR DOLOR OSTEOmioARTICULAR GENERALIZADO DE LARGA DATA PREVIAMENTE EN CONTROL POR REUMATOLOGIA EN GUAYAQUIL. EN LA ACTUALIDAD DOLOR CERVICODORSAL, OMALGIA Y GONALGIA BILATERAL, ARTRALGIAS DE MANOS CON RIGIDEZ MATINAL. AL EX FISICO RANGO ARTICULAR CONSERVADO, SIN SIGNOS INFLAMACION, DISCRETOS CRUJIDOS DE AMBAS RODILLAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX COLUMNA CERVICAL CON PERDIDA DE LORDOSIS FISIOLOGICA, SIGNSO DE ESCLEROSIS SUBCONDAL, ESTRECHAMIENTO DE ESPACIOS A NVIEL DE C3-C4, C4-C5, C5-C6. RX MANOS OSTEOPENIA DIFUSA, PINZAMIENTO RADIOCARPIANO IZQUIERDO, RX RODILLAS PINZAMIENTO FEMOROTIAl INTERNO RODILLA DERECHA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	14:47	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-07-23	14:47	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	