

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	BERMUDEZ	DECCY ELI	23	05	1969	56 años, 2 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307862910	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	098-757-1317 /
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	1307862910	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	07	31
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 FEMENINA DE 56 AÑOS, APP: DM 2 (METFORMINA 500MG CADA 12 HORAS + GLICAZIDA 30MG QD), HIPOTIROIDISMO (LEVOTIROXINA 50MCG DE LUNES A JUEVES Y 100MCG DE VIERNES A DOMINGO), HISTERECTOMIZADA A LOS 37 AÑOS DE EDAD, TOMA ISAPONIFICABLES DE ACEITE DE SOYA PARA LOS HUESOS. ACUDE A CENTRO DE SALUD POR DOLOR ABDOMINAL Y DOLOR DE RODILLAS DE LARGA DATA DE EVOLUCION PORTA RX REALIZADA EL 21-04-2024 EN EL CUAL SE EVIDENCIA DISMINUCION DEL ESPACIO ARTICULAR A NIVEL DE LAS RODILLAS. PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR ES INTENSO DIFICULTANDO LA DEAMBULACION MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

X REALIZADA EL 21-04-2024 EN EL CUAL SE EVIDENCIA DISMINUCION DEL ESPACIO ARTICULAR A NIVEL DE LAS RODILLAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	13:31	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-07-31	13:31	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	