

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SEGOVIA          | CHICA            | MARIA ELIZABETH | 09                  | 05  | 1975 | 50 años, 7 meses, 28 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308337243        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | VIA TARUGO y OLLA VIEJA      | 099-575-0589 /      |
| 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                 | 1308337243      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Reumatología |  | 2026  | 01  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ADULTA QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA SOLICITAR REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA POR ANTECEDENTE DE ARTROSIS CRÓNICA DE APROXIMADAMENTE 12 AÑOS DE EVOLUCIÓN. REFIERE QUE SE ENCUENTRABA EN SEGUIMIENTO PREVIO POR REUMATOLOGÍA; SIN EMBARGO, MANIFIESTA QUE NO HA CONTADO CON CONTROLES ESPECIALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS MESES DEBIDO A FALTA DE ASIGNACIÓN DE CITA, LO QUE HA LIMITADO LA CONTINUIDAD DE SU MANEJO INTEGRAL. ACUDE EL DÍA DE HOY CON LA FINALIDAD DE RETOMAR CONTROL ESPECIALIZADO Y AJUSTE TERAPÉUTICO SEGÚN CORRESPONDA. AL MOMENTO NIEGA SÍNTOMAS AGUDOS O SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------|--------|-----|-----|
| GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL | M170   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     |                                                                                                                                                                                                     |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-01-06 | 08:23 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>MABEL MARIA PALMA GARCIA</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-01-06 | 08:23 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |       |