

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ROMERO	NORMA DIVINA	03	06	1975	49 años, 7 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	1308378312	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SANTA FE 2000 y	099-428-2051 /
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	1308378312	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2025	01	14
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

☐

OSTEOARTROSIS

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 49 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL 10MG QD, DEPRESIÓN MAYOR EN TTO CON PSIQUIATRÍA (NO ESPECIFICA CUÁL, NO ACUDE A CONSULTA DESDE HACE 6 MESES), OSTEOPOROSIS, VARICES EN EXTREMIDADES INFERIORES CEAP 3, VENAS TORTUOSAS CON EDEMA. REFIERE DOLOR EN CADERA Y MUSLOS SOBRETOD Y REFIERE ADEMÁS DOLOR EN CODOS Y TOBILLOS, MANOS. TRAE RX DE CADERA DONDE SE OBSERVA ESCLEROSIS CONDRAL EN CADERA, QUIMICA SANGUINEA NORMAL. REFERENCIA PARA REUMATOLOGIA Y PARA CIRUGIA VASCULAR PENDIENTE. 0981688074

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	14:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-01-14	14:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	