

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| OSTAIZA          | MERA             | DEYSI ALEXANDRA | 17                  | 12  | 1975 | 50 años, 3 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308752482        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | EDDY MARIA y                 | 095-972-7256 /       |
| 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                 | 1308752482      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Reumatología | 2026  | 04  | 13  |
| 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 DE 50 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE CA DE MAMA CON MASTECTOMIA RADICAL DERECHA DE MAS 13 AÑOS EVOLUCIÓN CON METÁSTASIS OSEA MÚLTIPLES, CON LESIÓN CERVICAL OSTEODEGENERATIVA Y COXOFEMORAL. ACUDE POR PRESENTAR DOLOR LUMBAR CON IRRADIACIÓN A MIEMBRO INFERIOR DERECHA Y CADERA IZQUIERDA NECESITA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR, AL MOMENTO AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| ARTROSIS SECUNDARIA MULTIPLE | M153   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO | FIRMA                                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-04-13 | 10:06 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   | <div><div>Firmado electrónicamente por:<br/>MARIA DEL ROSARIO<br/>ESCANDON ZAMBRANO<br/>Validar únicamente con FirmaEC</div></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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------|
| 2026-04-13 | 10:06 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |       |