

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VERA             | SOLORIZANO       | MARIANA CONCEPCION | 14                  | 10  | 1972 | 53 años, 3 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308972171        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO GONGORA y              | 098-554-3060 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1308972171      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Reumatología |  | 2026  | 01  | 16  |
| 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 53 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, ACUDE CON EXAMENES SOLICITADOS PARA REVISION, PACIENTE REFIERE SENTIR DOLOR EN SUS ARTICULACIONES SOBRE TODO EN RODILLAS DE MAS DE 6 MESES DE EVOLUCION, POR LO QUE SE ENVIA RX DE CONTROL + DENSITOMETRIA OSEA ADEMAS DE EXAMENES DE LABORATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DENSITOMETRIA OSEA : Z-SCORE -2,41 T-SCORE -3.18 CONCLUSION DENSINTOMETRIA OSEA PERIFERICA CON SIGNOS DE OSTEOPOROSIS, RIESGO ALTO DE FRACTURAS ESPONTANEA Y ACCIDENTAL.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA | M819   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-16 | 08:43 | Medicina Rural | MELANY FERNANDA VELASQUEZ ZAMBRANO | 2350415069 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-16 | 08:43 | Medicina Rural | MELANY FERNANDA VELASQUEZ ZAMBRANO | 2350415069 |       |