

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERA	LEFIA ORFILIA	14	03	1976	50 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	1309040101	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BENITO SANTOS MACAY y	095-871-8675 /
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	1309040101	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	05	22
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD CON APP: SINDROME INTestino IRRITABLE, ARTOSIS (PIASCLEDINE 300MG) APF: PADRE CANCER GASTRICO, CANCER UTERINO, AQX: COLECISTECTOMIA, CESAREA AA: NIEGA. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR SOLICITUD DE REFERENCIA A REUMATOLOGIA PARA QUE LE DEN CONTROL Y SEGUIMIENTO A SU ENFERMEDAD DE BASE YA QUE EL MES DE MAYO TIENE EXAMENES EN EL HOSPITAL. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PARESTESIAS EN EXTREMIDADES SUPERIORES ADEMAS DE AGRAVAR EL CUADRO EL FRIO. NIEGA FIEBRE, MALESTAR GENERAL, NIEGA EDEMAS, NIEGA CUALQUIER OTRO SINTOMA. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO ACEPTABLE. IMC SOBREPESO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-22	12:34	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-05-22	12:34	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

