

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVEIGA	SALDARRIAGA	MARIA DEL CARMEN	08	02	1979	47 años, 4 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309391298	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RAYMUNDO AVEIGA y ATAHUALPA	099-821-0554 /
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	1309391298	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	06	09
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 47 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA, ACUDE A CONSULTA PARA VALORACIÓN Y REFERENCIA A ESPECIALIDAD. REFIERE ANTECEDENTE DE DOLOR OSTEOARTICULAR CRÓNICO DE PREDOMINIO LUMBAR Y EN CADERA IZQUIERDA, DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA. INDICA QUE DURANTE CONTROL POR UROLOGÍA SE REALIZÓ UROTAC, EN LA CUAL SE REPORTAN CAMBIOS DEGENERATIVOS COMPATIBLES CON DESGASTE ARTICULAR A NIVEL DE COLUMNA LUMBAR Y CABEZA DE FÉMUR IZQUIERDO. ACTUALMENTE PRESENTA DOLOR PERSISTENTE DE INTENSIDAD MODERADA A SEVERA, QUE LIMITA LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y LABORALES. REFIERE EMPEORAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA EN HORAS DE LA MAÑANA, ACOMPAÑADO DE RIGIDEZ ARTICULAR MATUTINA, SIN MEJORIA DURANTE EL TRANSURSO DEL DÍA. NIEGA ANTECEDENTE DE TRAUMA RECIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UROTAC QUE EVIDENCIA CAMBIOS DEGENERATIVOS OSTEOARTICULARES A NIVEL DE COLUMNA LUMBAR Y ARTICULACIÓN COXOFEMORAL IZQUIERDA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESPONDILOSIS, NO ESPECIFICADA	M479		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	10:15	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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 clínico

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
2026-06-09	10:15	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

