

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	MEDRANDA	MIRIAN YAQUELINE	27	05	1981	45 años, 1 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309612057	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA GONZALEZ y	098-433-5536 /
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	1309612057	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	07	20
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 45 AÑOS CON ANTECEDES DE HIPERTENSION ARTERIAL (LOSARTAN 100MG QD + CLORTALIDONA 50MG QD + AMLODIPINA 5MG QD VO) Y FIBRIOMIALGIA DIAGNOSTICADA HACE 12 AÑOS, QUE ACUDE A LA CONSULTA CON REFERENCIA INVERSA PARA ACTUALIZADO DE REFERENCIA. AL MOMENTO USA PARCHE DE BUPRENORFINA. AL MOMENTO REFIERE POCO DOLOR A NIVEL CERVICAL Y EN MIEMBROS SUPERIOR EN ESCALA EVA 2/10. PACIENTE EN CONTROL CON REUMATOLOGIA POR PATOLOGIA CRÓNICA, SE REALIZA REFERENCIA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE SU PATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROMIALGIA	M797		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	10:25	Medicina General	JOHANNA ELIZABETH CHINGA BAZURTO	1311700288	

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