

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ESPINOZA	FRELLA ESTHER	21	01	1976	49 años, 10 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309635421	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RICAUARTE y	098-017-4787 /
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	1309635421	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	11	25
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 FEMENINO DE 49 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE ARTROSIS, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD Y REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR MECÁNICO QUE SE EXACERBA CON LA EXPOSICIÓN AL FRÍO; AL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA PACIENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, VIGIL, ORIENTADA, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES; CABEZA NORMOCÉFALA, ORL SIN ALTERACIONES; CUELLO MÓVIL SIN ADENOMEGALIAS; CARDIOPULMONAR CON RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS Y MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN RUIDOS PATOLÓGICOS; ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO Y SIN VISCEROMEGALIAS; EXTREMIDADES SIN EDEMA, PULSOS PRESENTES, MOVILIDAD CONSERVADA; PIEL ÍNTEGRA; SE REALIZA REFERENCIA A FISIATRÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES		M190		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	08:51	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-11-25	08:51	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	