

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MENDOZA	MARIA DE LOS ANGELES	27	12	1977	47 años, 6 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309820791	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y 12 DE OCTUBRE	098-601-6949 /
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	1309820791	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	09	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 REFIERE CUADRO CLINICO CARCATERIZADO POR DOLOR BILATERAL DE RODILLAS DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCION, LO QUE PROVOCA LIMITACION FUNCIONAL, CLAUDICACION, REFIERE DOLOR SE EXACERBA CON LA ACTIVIDAD FISICA, NO REFIERE ANTECEDENTE TRAUMATICO, LABORA COMO COSTURERA, REFEIRE QUE DOLOR DESAPARECE CON EL REPOSO, A VECES TOMA DICLOFENACO CON EL CUAL CEDE UN POCO PERO NO DESAPARECE, TRAE EX DE LABORATORIO, Y RX DENTRO DE LO NORMAL, REFIERE DESDE HACE 6 MESES DOLOR AL ROCE DE PIE EN DIFERENTES PARTES DEL CUERPO, REIFERE CICLOS MENSTRUALES NORMALES, ANTECEDENTES FAMILIARES PADRE HTA, MADRE CIRROSIS HEPATICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

2 PUNTOS GATILLO SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROMIALGIA	M797	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	09:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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