

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LEONES	PAULA DIOSELINA	21	06	1956	69 años, 10 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	1310111503	MANABI	CHONE	CANUTO	VIA A TARUGO y	098-331-1405 /
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	1310111503	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	04	29
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 ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO CRÓNICO DE MÁS DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR PERSISTENTE, SECUNDARIO A ARTROSIS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADA POR REUMATOLOGÍA. REFIERE QUE MANTENÍA CONTROLES POR DICHA ESPECIALIDAD, SIN EMBARGO, ACTUALMENTE NO HA CONTINUADO CON SEGUIMIENTO MÉDICO. MANIFIESTA PERSISTENCIA E INCREMENTO PROGRESIVO DEL DOLOR ARTICULAR, CON LIMITACIÓN FUNCIONAL EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS, SIN OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADOS. POR EVOLUCIÓN CRÓNICA, FALTA DE CONTROL ESPECIALIZADO Y NECESIDAD DE REVALORACIÓN DE MANEJO, SE CONSIDERA REFERENCIA A REUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL, AJUSTE TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO. AL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL Y SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE AFEBRIL Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN MÚLTIPLES ARTICULACIONES, DISMINUCIÓN DEL RANGO DE MOVILIDAD Y CREPITACIÓN ARTICULAR, SIN DATOS DE INFLAMACIÓN AGUDA NI DÉFICIT NEUROLÓGICO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M199	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	08:44	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-04-29	08:44	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

