

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	HEREDIA	FRELLA CONCEPCION	03	03	1983	43 años, 0 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311705287	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS PLAYITAS y	096-929-1298 /
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	1311705287	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	03	17
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 43 AÑOS DE EDAD CON APP DE ARTROSIS CERVICAL (HACE 12 AÑOS) + ANEURISMA CEREBRAL. ACTUALMENTE TRATAMIENTO: REFIERE NO TOMAR MEDICACION PORQUE SE TERMINO DICHA MEDICACION. REFIERER PRESENCIA DE DOLOR A NIVEL CERVICAL QUE IRRADIA A HOMBROS Y BRAZOS . REFIERE ACUDIR A HOSPITAL CON NAPOLEON DAVILA CORDOBA QUE INDICA ACUDIR A ESTA UNIDAD POR REFERENCIA A AREA DE FISIATRIA. REFIERE HABER ESTADO EN TERAPIA POR 2 AÑOS SI REFIERE HABER OBTENIDO MEJORIA PERO MISMA REFIERE QUE DEBE ACUDIR PARA SEGUIR CON TERAPIA FISICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0969291298

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-17	09:45	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-03-17	09:45	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	