

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	ORMAZA	MARIA ELENA	12	04	1988	38 años, 1 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312901919	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	Y FEDERICO PAEZ y	099-441-9845 /
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	1312901919	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	05	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE OBESIDAD, POLIARTROSIS DE +/- 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN SOBRETOD0 EN RODILLAS, HOMBRO Y CADERA DE LADO IZQUIERDO + ESCOLIOSIS DORSAL, CON TTO ROTATIVO Y SEGUIMIENTO SUBSECUENTE CON REUMATOLOGIA EN HOSPITAL DE CHONE, RIESGO CV A 10 AÑOS: 3% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 7 (LEVEMENTE). SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN SUBSECUENTE ESPECIALIZADO. *** 0994419845 - 0988849270 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR GENERALIADO EN ARTICULACIONES, SOBRETOD0 EN RODILLAS. IMC: 30.45.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA		M150		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	15:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-19	15:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	