

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARTINEZ	MOREIRA	NINFA GLADYS	18	03	1959	67 años, 3 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1704994878	MANABI	CHONE	RICAURTE	AGUA BLANCA DE LOS CURAS y AGUA BLANCA DE LOS CURAS 1	099-999-9999 /
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	1704994878	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2026	07	01
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBOSACRO QUE SE IRRADIA HACIA AMBAS PIERNAS SOBRETODOPOR LAS MAÑANAS CUANDO DE VA A LEVANTAR Y EN LAS NOCHES CUANDO INTENTA DORMIR. REFIERE QUE CON LA ACTIVIDAD DIARIA DIS MINUYE POCO A POCO. REFIERE ADEMAS DOLOR EN DEDOS DE LAS MANOS. REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE ASMA, HEMORROIDES INTERNAS, NO REFIERE ALERGIAS . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FR: 16UI/ML. RADIOGRAFIA LOMBOSACRA CON CAMBIOS DEGENERATIVOS Y PRESENCIA DE OSTEOFITOS .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-01	10:36	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-07-01	10:36	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

