

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	CHILA	FRANCISCO DOLOROSO	04	10	1962	63 años, 6 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708371602	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS RAIDISTAS y	099-936-1071 /
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	1708371602	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	04	10	
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 MASCULINO DE 62 AÑOS, APP: ARTROSIS EROSIVA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD YA QUE REFIERE ARTRALGIAS DE FALANGES DE AMBAS MANOS Y ARTICULACIONES GLENOHUMERALES , INFLAMACION DE CARPOS. AL EXAMENE FISICO NODULOS DE HEBERDEN EN TODAS LAS FALANGES DISTALES DOLOROSOS A LA PALAPCION. PACIENTE TRAJO ULTIMA RADIOGRAFIA EL CUAL EVIDENCIAPINZAMIENTO SIMETRICOS DE INTERFALANGICAS DISTALES, EROISIONES YUXTAARTICULARES, OSTEOPENIA DIFUSA. PACIENTE REFIERE QUE ESTUVE EN TRATAMIENTO CON METOTREXATO DOSIS DE 7.5MG SEMANALES, PREDNISONA 5MG VO CICLO CORTO, AINES , CONDROPROTECOTRES. PACIENTE REFIERE QUE HA ESTADO EN TERAPIA FISICA DEL TIPO C. SE REALIZA REFERENCIA A REUMATOLOGIA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
(OSTEO)ARTROSIS EROSIVA	M154		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	11:10	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-04-10	11:10	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

