

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEVALLOS	ELITA RUTILDITA	25	08	1973	52 años, 3 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1711786150	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	QUIÑONES UNO y SN	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1711786150	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	12	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 FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD CON EXAMENES REALIZADO HACE MAS DE 1 AÑO APROXIMADAMENTE QUE REPORTA: SIGNOS DE OSTEOPENIA, REFIERE QUE ESTUVO TOMANDO IDENA Y QUE NO SINTIO MEJORIA, REFIERE QUE AL MOMENTO NO SE ENCUENTRA TOMANDO NADA Y PRESENTA ARTRALGIAS A NIVEL DE MANOS Y DOLOR A NIVEL DE HOMBRO IZQUIERDO. ACUDE A ESTE CENTRO DE POR REFERIR DOLOR ARTICULAR DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION. AL MOMENTO PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE ORIENTA EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA DE CHONE PARA MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OSTEOPOROSIS POR DESUSO, SIN FRACTURA PATOLOGICA	M812		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-10	10:04	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	

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
2025-12-10	10:04	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849	