

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	ZAMBRANO	MARIA VALERIA	20	11	1988	37 años, 8 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	1725511495	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	098-074-0517 /
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	1725511495	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Reumatología	2026	08	04	
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 DE 37 AÑOS DE EDAD. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: OSTEOPOROSIS EN SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA (CONTROLES MENSUALES EN TRATAMIENTO CON ARTRICHEN 0,5 MG VO BID, COLÁGENO VO QD, VITAMINA D3 VO QD MENSUALMENTE); LITIASIS RENAL; TUMOR BENIGNO DEL HÍGADO. ALERGIAS: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: CESÁREA X1. ANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES TIPO 2. PACIENTE ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR DOLOR PÉLVICO QUE SE ACOMPAÑA DE DISURIA. PACIENTE NO REFIERE ALZA TÉRMICA, NI OTRA SINTOMATOLOGÍA ACOMPAÑANTE. PACIENTE ACTIVA Y AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

paciente que viene por presentar dolor a los movimientos de articulacioens que no mejoran.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	13:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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
2026-08-04	13:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	