

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	SACA	CLAUDIA BEATRIZ	25	02	1957	69 años, 5 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1801454131	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	ROCAFUERTE y	099-999-9999 /
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	1801454131	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 DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	Consulta externa	Reumatología	2026	08	05
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 ☐	FALTA DE MEDICAMENTOS.

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 69 AÑOS CON APP: DE ARTROPATIA EROSIVA, COXARTROSIS, ANTEROLISTEIS DE L4, POLIARTROSIS EROSIVA, PRE-DIABETES, QUISTE RENAL 61.8mm X 40.6mm... GASTROPATIA CRONICA Y HEMORROIEDES. LLEVA TRATAMIENTO CON METROTEXATO 10MG POR SEMANA + ACIDO FOLICO. REFIERE DOLOR Y AUMENTO DE VOLUMEN EN RODILLA DERECHA QUE IMPRESIONA PSEUDOGOTA... LE PREOCUPA QUE SUS DEDOS DE LAS MANOS SIGUEN DEFORMANDOSE... AL EX. FISICO: SE CONSTATA NODULOS DE BOUCHARD Y HEBERDEN... POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA SOLICITADA... SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES Y CALCIBON -D.- ALENDRONATO SODICO, COLAGENO / ATROSAMIN / COMPLEJO B. Y FISIOTERAPIA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EX. FISICO: SE CONSTATA NODULOS DE BOUCHARD Y HEBERDEN... CREPITACIÓN Y AUMENTO DE VOLUMEN EN RODILLAS A PREDOMINIO DERECHO POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA SOLICITADA...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	11:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-08-05	11:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

