



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                          |                              |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|--------------------------|------------------------------|-----------|------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|---|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                              | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA   |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| MSP                                                         |  | 001414           | Chone                    |                              | CS-C      | 1304328907                         |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |   |  |
| Zambrano                                                    |  | Loor             |                          | Flor                         |           | Maria                              |  | M                                                       | 29-10-1960       | 64   | H                       | D | M | A |   |  |
|                                                             |  |                  |                          |                              |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN MOTIVO                  |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| 099-240-5240                                                |  |                  |                          | X                            |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica. |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
|                                                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.  |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA                    |           | 3. Falta de equipamiento.          |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
| 13                                                          |  | 1303             |                          | 130350                       |           | 4. Equipos en mal estado.          |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |   |  |
|                                                             |  |                  |                          |                              |           | 5. Problemas de infraestructura.   |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |   |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                                          |                  |               |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|---------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
| MSP                                                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Traumatologia |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO DESDE HACE ALGUNOS MESES -ACOMPAÑADO DE TRASTORNO IMPORTANTE DE LA MARCHAMIEMBRO INFERIOR SE ESTA DESVIANDO S U EJE HACIA ADENTRO - HAY DEFORMIDA A NIVEL DE LA RODILLA - TAMBIEN PRESENTADIS MOVILIDAD Y CIERTA RIGIDEZ EN LA ARTICULACION COXOFEMORAL DERECHA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : ESCOLIOSIS LUMBO DORSAL - DEFORMIDAD DE ARTICULACION COXOFEMORAL DERECHA-DIS MINUCIONDE ESPACIO ARTICULAR E IMPACTACION DE CABEZA DEL FEMUR EN ACETABULO- DESVIACION Y DEFORMIDAD DE ARTICULACION DEAMBAS RODILLAS - MAS ACENTUADO EN LADO DERECHO Y DIS MINUCION DE ESPACIO ARTICULAR

| E. DIAGNÓSTICO |                             | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Otras Coxartrosis Primarias |                                    | M161 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                             |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                             |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-05-22                            | 02:34           | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1314783083                            |                 |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
|                        |    |    |                        |    |    |

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                                                                                |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |