



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	Ricaurte	CS	1302745284						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano	Jimenez	Pabla	Mercedes	M	06-07-1955	69	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0985857771		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
13	1303	130356	5. Problemas de infraestructura.	X						

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	Reumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA 69 AÑOS DE EDAD APP: OSTEARTROSIS PRIMARIA APF: DIABETES MELLITUS APQ:NR ALERGIAS: NR QUE ACUDE A ESTA UNIDAD REFIRIENDO DOLOR PERSISTENTE EN RODILLA DERECHA- DE INTENSIDAD 8/10 SEGÚN ESCALA EVA- CON IRRADIACIÓN HACIA LA REGIÓN POPLÍTEA. MENCIONA SENSACIÓN DE RIGIDEZ MATUTINA QUE EMPEORA CON EL MOVIMIENTO. EL DOLOR SE INTENSIFICA AL SUBIR ESCALERAS O CAMINAR DISTANCIAS MEDIAS- LO QUE HA LIMITADO SU DEAMBULACIÓN DIARIA. NIEGA FIEBRE- TRAUMATISMO RECIENTE. SÍNTOMAS SISTÉMICOS. AL EXAMEN FÍSICO: MARCHA CON CLAUDICACIÓN ANTÁLGICA. TUMEFACCIÓN LEVE SIN ENROJECIMIENTO EN RODILLA DERECHA. NO DOLOR A LA PALPACIÓN. RANGO DE MOVIMIENTO LIMITADO EN FLEXIÓN COMPLETA. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS PLAN: 1.- ANALGÉSICOS 2.- REFERENCIA A REUMATOLOGÍA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
OSTEARTROSIS PRIMARIA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Otras Gonartrosis Primarias		M171	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-06-05	08:53	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

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
MSP			CENTRO DE SALUD	1302745284	

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Ricaurte	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

.Atencion 9 De Junio 2025: Paciente Con App De Diabetes- Acude Por Dolor Persistente En Rodilla Derecha- De Intensidad 8/10 Según Escala Eva- Con Irradiación Hacia La Región Poplítea. Sensación De Rigidez Matutina Que Empeora Con El Movimiento. El Dolor Se Intensifica Al Subir Escaleras O Caminar Distancias Medias- Lo Que Ha Limitado Su Deambulaci3n Diaria. Niega Fiebre- Traumatismos Recientes O Síntomas Sistémicos. Al Examen Físico: Marcha Con Claudicaci3n Antálgica. No Dolor A La Palpaci3n. Rango De Movimiento Limitado En Flexi3n Completa. Trae Eco De Partes Blandas Q Reporta Quiste De Baker. Se Solicita Ic A Traumatologia Y A Fisiatria. Se Indica Cilco De Aines Vo.

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Quiste Sinovial Del Huevo Popliteo [De Baker]	M712		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1308809787				