



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	Unidad Anidada Hospital Basico De Rocafuerte		AU	1304791229					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Sabando		Montes		Colon		Alberto		H	28-12-1955	70	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0958825920				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
13		1312	131250	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
				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
PACIENTE DE 70 AÑOS SIN APP DE RELEVANCIA QUE REFIERE DOLOR EN RODILLA DE PREDOMINIO MECÁNICO- DE 4 MESES DE EVOLUCION- ASOCIADO A LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LAMARCHA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. RODILLA CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN INTERLÍNEA ARTICULAR -DISMINUCIÓN LEVE A MODERADA DEL RANGO DE MOVILIDAD ACTIVA Y PASIVA- CREPITACIÓN ARTICULAR A LA MOVILIZACIÓN- SIN EVIDENCIA DE ERITEMA NI AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL- AUSENCIA DE EDEMA IMPORTANTE O DERRAME ARTICULAR EVIDENTE- MARCHA ANTÁLGICA. DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN PROLONGADA Y ESCALERAS- SIN DEFORMIDADES SEVERAS EVIDENTES EN ESTE MOMENTO NO REFIERE TRAUMATISMO RECIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SE REALIZA ESTUDIO RADIOLÓGICO QUE EVIDENCIA CAMBIOS DEGENERATIVOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Gonartrosis No Especificada		M179	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-06	10:39	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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