



| 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           | San Antonio                      | CS-A                      | 1307936268                       |                                    |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |   |
| Vera                                                        | Zambrano         | Carmen                           | Audrey                    | M                                | 07-07-1972                         | 53                                                      | H                       | D | M | A |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | X                                | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| 0968874434                                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                  |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |  |  | X |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO-QUIEN ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR PERSISTENTE EN RODILLA IZQUIERDA DE APROXIMADAMENTE MÁS DE UN MES DE EVOLUCIÓN- ASOCIADO A LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON DOLOARTROSAMIN DURANTE 5 DÍAS SIN MEJORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA. A PESAR DEL TRATAMIENTO INSTAURADO- PERSISTE LA SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA- CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COTIDIANAS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- CON DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE RODILLA IZQUIERDA- SIN OTROS SIGNOS DE ALARMA REFERIDOS |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| -                                                                 |

| E. DIAGNÓSTICO |                             | PRE= PRESUNTIVO<br>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 |
| 2026-05-14                            | 02:13        | Esther        | Zambrano        | Macias           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1311821787                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |