

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COROZO	REASCO	VERONICA CELENA	01	12	1997	27 años, 1 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0804390748	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE PRINCIPAL y	098-909-4499 / (99)-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	0804390748	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	01	22
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

☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE EL DÍA DE HOY POR REFERIR QUE DESDE EL NACIMIENTO PRESENTÓ DEFORMIDAD DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES QUE LE DIFICULTA LA MARCHA, PROVOCANDO DOLOR, REFIERE QUE EN EL AÑO 2003 FUE INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON LA INTENSIÓN DE ALINEAR DICHA EXTREMIDAD A NIVEL DE TIBIA Y PERONÉ MÁS SIN EMBARGO REFIERE PERIODOS DE EDEMA PERI ROTULIANO QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR EN DICHA RODILLA, EN RELACIÓN MIEMBRO INFERIOR DERECHO ESTE CONTINUA CON GRAN DEFORMIDAD A EXPENSAS DE ZONA TIBIO PERONEA, REFIERE HABER RECIBIDO ATENCIÓN EN HOSPITAL DE BAHÍA DE CARAQUEZ (EN 2 OCASIONES) CUYA SEGUNDA OCASIÓN SE LE ENTREGA ANEXO 2 CON DATOS CAMBIADOS (CÉDULA NO CORRESPONDE A LA PACIENTE). PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD TIPO C, SOLICITANDO LA EVALUACIÓN, SIN EMBARGO LE INDICAN QUE DEBE REPETIR TODO EL PROCESO POR LO CUAL ACUDE EL DÍA DE HOY.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFÍA DE RODILLA DERECHA CON ROTULA LATERALIZADA, PINZAMIENTO COMPARTIMENTO INTERNO TIBIA Y PERONE CON UN VARO DE 30 GRADOS, RODILLA Y PIERNA IZQUIERDA, SE EVIDENCIA SIGNOS DE LATERALIZACIÓN DE RÓTULA, DISMINUCIÓN ESPACIO ARTICULAR INTERNO CON UN VARO DE 10 GRADOS. ADEMÁS ARTICULACIÓN DE TOBILLO CON VARO E INVERCUION DEL HUESOS DEL RETRO MEDIO PIE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M211		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	14:30	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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 clínico

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
2025-01-22	14:30	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

