

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | QUIJIJE          | BARBARA MERCEDES | 17                  | 10  | 1964 | 61 años, 5 meses, 22 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                     | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0910724491        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | ALEJO LASCANO y VARGAS TORRES | 098-909-0551 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria  | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 0910724491      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 2026  | 04  | 08  |
| 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 DE 61 AÑOS DE EDAD, PRESENTA DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA DE MANERA CRONICA, QUE SE IRRADIA A LA ARTICULACION COXOFEMORAL, TIPO PULSATIL, INTENSIDAD 9/10 EN LA ESCALA DEL EVA, EN ESTOS ÚLTIMOS DIAS EL DOLOR HA AUMENTADO EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA, IMPIDIENDO LA MARCHA. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA COLABORADORA AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: RODILLA IZQUIERDA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR, ESCLEROSIS SUBCONDRA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA | M179   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-04-08 | 08:05 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |  <div>FIRMA<br/>Firmado electrónicamente por:<br/>MAURO ALBERTO<br/>ZAMBRANO BRAVO<br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

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 clinico

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-08 | 08:05 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |       |