

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZ	DELGADO	HUGO CRISTOBAL	06	06	1967	58 años, 6 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0915272769	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA ARAY y	099-436-4456 /
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	0915272769	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Fisiatría	2025	12	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 MASCULINO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 75% ES TRAI DO POR SU SOBRINA A CONSULTA MEDICA GENERAL, AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIEREN QUE PRESENTA DOLORES OSTEOARTICULARES DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD LO QUE LE IMPIDE CAMINAR SOLO, INCLUSO CON APOYO LE GENERA MUCHA MOLESTIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	14:15	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firma electrónica por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-08	14:15	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	