

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JARAMILLO	VIVANCO	JORGE ALCIVAR	24	12	1968	56 años, 4 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1102770060	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	SN y	000-000-0000 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

0999418877
0968868453

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1102770060	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				Fecha
MSP	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025 05 16
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 56 AÑOS 4 MESES DE EDAD CON DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 43% REFIERE TENER PRÓTESIS EN LA RODILLA IZO DES DE HACE 17 AÑOS, ACUDE PARA QUE SE LE DE REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA PARA EL PROCESO DE CAMBIO, MANIFIESTA DOLOR EN LA REGIÓN INTERNA DE LA RODILLA, ADEMÁS REFIERE APP DE ENF DE PARKINSON EN TTO CON LEVODOPA QUE LE CAUSA DEPRESIÓN, NAUSEA, ENTRE OTRAS MOLESTIAS. POR ESTA SITUACION DEJO DE TOMARLA HACE UN AÑO. POTENCIA SEXUAL HA DISMINUIDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CAMBIO DE PROTESIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico
COMPLICACION MECANICA DE PROTESIS ARTICULAR INTERNA

CIE-10 T840
PRE
DEF X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-05-16	14:10	Medicina General	OLGA CONSUELO BRAVO ZAMBRANO	1001458478	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

Dra. Olga Bravo
MEDICO-CIRUJANA
1001458478

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
2025-05-16	14:10	Medicina General	OLGA CONSUELO BRAVO ZAMBRANO

Dra. Ana E. Zambrano Ascencio
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIO
Registro Senecyt
1027-2019-2122810