

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	VILLAVICENCIO	MARIA DOLORES	18	07	1947	78 años, 2 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300992789	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	GRANDA CENTENO y LUIS MARIA PINTO	099-142-9546 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1300992789	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	09	18
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

CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE Y QUEMANTE LOCALIZADO EN REGION DE ARTICULACION DE RODILLA IZQUIERDA POSTERIOR A PRESENTAR TRAUMATISMO DESDE HACE MAS O MENOS 4 MESES DE EVOLUCION EN EL CUAL IMPIDE LA DEAMBULACION. DOLOR CALMA CON EL REPOSO, SE EXACERBA CON LOS QUEHACERES DOMESTICOS y SE MANTIENE EN BIPEDESTACION. EXAMEN FISICO: CHASQUIDO Y CRUJIDO A LA EXPLORACION FISICA, DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION. RX: DISMINUCION IMPORTANTE DE ESPACIO INTRAARTICULAR ARTROSIS GRADO 4, SIGNOS DE OSTEOPOROSIS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XAMEN FISICO: CHASQUIDO Y CRUJIDO A LA EXPLORACION FISICA, DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION. RX: DISMINUCION IMPORTANTE DE ESPACIO INTRAARTICULAR ARTROSIS GRADO 4, SIGNOS DE OSTEOPOROSIS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-18	11:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-09-18	11:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	