

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MORENO	VICENTA VIRGINIA	21	05	1949	75 años, 8 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	1301220149	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	INES MORENO y AL LADO DE CANCHA MULTIPLE Y GUARDERIA	097-903-1345 /
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	1301220149	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	01	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTA MAYOR CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDE DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD LOCALIZADO EN ARTICULACION DE AMAS RODILLAS CON MAYOR PREDOMINIO DEL LADO IZQUIERDO DOLOR SE INTENSIFICA CON LA DEAMBULACION IMPIDE ESTAR EN BIPEDESTACION, CALMA EN MOMENTOS CON REPOSOS Y APLICACION DE MENTOL TOPICO. RX: BILATERAL RODILLA. DISMINUCION IMPORTANTE EN ESPACIO ARTICULAR INTERNO EN AMBAS RODILLAS, ESPICULAS OSEAS., EXAMEN FISICO: CRUJIDO , CHASQUIDO, NO HAY EXTENSION TOTAL DEL LADO IZQUIERDO. EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES ++

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE RODILLA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	11:18	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
2025-01-21	11:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	