

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	MACIAS	JOSE RAMON	16	07	1949	76 años, 1 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301395834	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MALECON y SALINAS	0959763938 /
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	1301395834	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	Fisiatría	2025	09	10
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 con dolor de la rodilla por artrosis con dx por iess y particular. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: DISCAPACIDAD VISUAL 53%, DIABETES MELLITUS TIPO 2 DIAGNOSTICADA HACE 4 AÑOS APROX Y TRATADA CON METFORMINA 500 MG QD, ENFERMEDAD VENOSA SIN INSUFICIENCIA TRATADO CON SINVATATINA 40 MG QD (NIETA REFIERE AGREGARON EN EL ULTIMO MES CLOPIDOGREL 75 MG QD), REFIERE HACE 1 MES APROX LE REALIZARON EXTIRPACION TEJIDO NECROTICO EN PIE IZQUIERDO, CUADRO COMPATIBLE CON PIE DIABETICO, paciente se envía a su especialidad por rehabilitacion por si problema de dolor...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

paciente se envía a su análisis

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS	M161		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-10	15:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE 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 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
2025-09-10	15:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	