

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	ARTEAGA	TELMO LIDER GUILLERMO	11	03	1951	73 años, 7 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301456636	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-168-2858 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1301456636	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2024 10 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

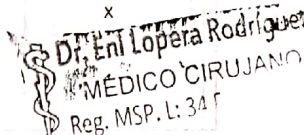
PACIENTE DE 73 AÑOS DE EDAD, ES VALORADO POR CUADRO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR A NIVEL DE RODILLA DERECHA, CEDE CON ANALGESIA. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO. PORTA RX DE RODILLA DERECHA EN EL CUAL SE OBSERVA DISMINUCION DE ESPACIO ARTICULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE RODILLA DERECHA; ESTRÉCHAMIENTO DE ESPACIO ARTICULAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA		M179		



Dr. Eni Lopera Rodríguez
MÉDICO CIRUJANO
Reg. MSP. L: 34

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-18	11:44	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	 Firmado electrónicamente por: CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	------------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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
2024-10-18	11:44	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	