

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VELASQUEZ        | VERA             | LIGIA MARIA LOURDES | 29                  | 12  | 1948 | 76 años, 1 meses, 6 días | Mujer   |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302012438        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | BACHILLERO y SSANTIAGO VERA  | 096-845-4059 /      |
| 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                 | 1302012438      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                                    | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|------------------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología | 2025  | 02  | 04  |
| 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

ADULTA MAYOR QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE ESPOSO, REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 8 AÑOS Y POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTO MÚLTIPLES TRAUMAS A NIVEL FACIAL, REFIEREN FRACTURAS A NIVEL DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES, REFIERE ADEMÁS ANTECEDENTES DE GLAUCOMA BILATERAL Y CATARATA BILATERAL (FUE INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE ), EL DÍA DE HOY DE ACUDE A SOLICITAR VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD Y SE INFORMA QUE DEBERA TENER PREVIAMENTE LAS ATENCIONES DE LOS ESPECIALISTA RESPECTIVOS POR LO QUE SE HARÁ LAS RESPECTIVAS REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO   | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2025-02-04 | 10:29 | Medicina General | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |

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 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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |