

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CEDEÑO	MARIANA DEL JESUS	14	07	1956	69 años, 0 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302075773	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO RIO VENDIDO y VIA A CHONE BARRAGANETE	099-883-0280 /
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	1302075773	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	08	13
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

PACIENTE FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD APP: DISCAPACIDAD FISICA 50% , HIPERTENSION ARTERIAL (LOSARTAN 100 MG) PACIENTE REFIERE : FRACTURA DEL ACETABULO HACE MAS DE 10 AÑOS / TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON RADICULOPATIA / DISPEPSIA Y ESTAR EN SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD GASTROENTEROLOGIA. ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE POR CUADRO CLINICO 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR POLIARTICULAR DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD CON MAYOR INTENSIFICACION A NIVEL DE LA RODILLA. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE ALARMA. O: SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. AL EXAMEN FISICO ARTICULACIONES: SIN SIGNOS INFLAMATORIOS EVIDENTES , MOVILIDAD CONSERVADA CON CREPITACION AL MOVIMIENTO, AUNQUE DOLOROSA AL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN A NIVEL DE LAS RODILLAS .SE SOLICITA VALORACION POR REUMATOLOGIA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN SIGNOS INFLAMATORIOS EVIDENTES, MOVILIDAD CONSERVADA CON CREPITACION AL MOVIMIENTO, AUNQUE DOLOROSA AL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN A NIVEL DE LAS RODILLAS .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	16:00	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-13	16:00	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

