

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, 8 meses, 5 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	SAN ANTONIO	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	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	03	19
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:HTA, ALERGIAS: NO REFIERE, PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR INTENSO EN RODILLA DERECHA, DE INICIO PROGRESIVO, REFIERE DOLOR DE CARACTER PUNZANTE, CONTINUO QUE SE EXACERBA CON LA DEAMBULACION, REFIERE RIGIDEZ ARTICULAR, ASI COMO LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXION Y EXTENSION DE LA ARTICULACION. MANIFIESTA CREPPITACION DURANTE LA MOVILIZACION DE LA RODILLA Y SENSACION DE INESTABILIDAD OCASIONAL AL APOYO. SE S OLICITA RADIOGRAFIA Y EVALUACION POR ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA. 0987259448

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS	M171	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-19	08:06	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-03-19	08:06	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

