

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LOOR	FATIMA MARIA	27	08	1955	69 años, 4 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302218159	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO SAN PABLO y VIA PRINCIPAL	098-896-9253 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area	
MSP	1302218159	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	01	14
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 DE 69 AÑOS DE EDAD APP HIPERTENSION ARTERIAL, OBESIDAD, ARTROSIS, REFIERE QUE HACE ALGUNOS AÑOS TUVO ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO, RECIBIENDO GOLPES EN COLUMNA Y RODILLAS, REFIERE DOLOR EN REGION LUMBOSACRA TIPO CONTRÁCTIL INTENSIDAD ESCALA EVA 7-8/10, IRRADIADO A EXTREMIDADES INFERIORES (RODILLAS, PANTORRILLAS) ACOMPAÑADO DE PARESTESIA (PIERNAS PESADAS), DIFICULTAD PARA LA MARCHA, NO TIENE HORARIO, QUEDANDO INMOVILIZADA EN CIERTAS OCACIONES, ALIVIA CON ANALGÉSICOS IV Y REPOSOS ABSOLUTO, EVOLUCIÓN CRÓNICA, EN ESTOS ÚLTIMOS DÍAS EL CUADRO CLÍNICO HA AUMENTADO EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA HA RECIBIDO DIFERENTES TRATAMIENTOS Y ESTOS HAN SIDO SIN ÉXITOS, PRESENCIA DE CHASQUIDOS EN RODILLAS, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD, AL MOMENTO AFEBRIL.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO	M239	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	12:23	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO

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
2025-01-14	12:23	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

