

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
ZAMBRANO		ZAMBRANO		JESUS EDITA		24	12	1950	73	H
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO			
ECUATORIANA	ECUADOR	1302220197	MANABI	CHONE	CHONE	CIUDADELA SAN RAFAEL		0995958077 (HIJA) 0988083587		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR		

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1302220197	CENTRO DE SALUD CHONE		C	13D07		
REFIERE O DERIVA A:					FECHA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	FISIATRÍA	12	9	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1 ☐	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesional	2 ☐	Otros/ Especifique	5 ☒
Falta de profesional	3 ☒	EN PROCESO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD	

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA ADULTA MAYOR QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (HIJA) REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 22 AÑOS PRESENTA DIAGNOSTICO DE GONARTROSIS PRIMARIA BILATERAL, TIENE ANTECEDENTES DE CIRUGIA DE EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA POR FRACTURA EXPUESTA DE TERCIO DISTAL CON POSTERIOR CIRUGIA PARA FIJACIÓN DE LA ARTICULACIÓN DE TOBILLO DERECHO, PRESENTA DEFORMIDAD DE RODILLA DERECHA QUE AL EXAMEN FISICO SE PRESENTA CON DESVIACIÓN DEL EJE LONGITUDINAL Y CHASQUIDO DE AMBAS ARTICULACIÓN DE RODILLAS, TRAE ANEXO DE TRAUMATOLOGÍA, SE SOLICITARA EVALUACIÓN POR PARTE DE FISIATRÍA PARA COMPLEMENTAR EVALUACIÓN

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1 POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		☒
2 GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170		☒
3 DOLOR CRONICO INTRATABLE	R521		

NOMBRE DEL PROFESIONAL: DR. RENATO LEONES CÓDIGO MSP 1737 FIRMA

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--	--	--	--

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

--	--	--	--

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA