

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	CALDERON	SANTO AGAPITO	23	07	1958	66 años, 1 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302350259	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RECINTO ESCALERA y	0962752726
							099-950-9943 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302350259	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	10	28
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

PACIENTE CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR Y DISMINUCION DE LA FUNCION DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA EN RELACION A LA ARICULACION COXOFEMORAL. CUATRO AÑOS DE EVOLUCION.- PRESENTA RADIOGRAFIA REALIZADA EL 26 DE AGOSTO DE 2024 DONDE SE APRECIA AFECTACIÓN DE LA ARTICULACION COXOFEMORAL IZQUIERDA. PACIENTE CAMPESINO QUE REFIERE MUCHAS CAIDAS, ESPECIALMENTE DE CABALLOS, MUCHOS AÑOS ATRAZ.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DEMUESTRA PROCESO INFLAMATORIO CRÓNICO EN ARTICULACIÓN COXOFEMORAL IZQUIERDA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COXARTROSIS A CONSECUENCIA DE DISPLASIA, BILATERAL	M162		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-28	11:18	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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
2024-08-28	11:18	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	