

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ROMERO	LIDIA FLOR	16	10	1952	73 años, 7 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302389737	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-741-1437 / (05)-269-6775
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	1302389737	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	06	10
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 FEMENINA DE 73 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, AA: NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA DE CONTROL CON ANTECEDENTE DE ARTROSIS, REFIRIENDO DOLOR OSTEOARTICULAR CRÓNICO Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CONSCIENTE, ORIENTADO Y AFEBRIL. PERSISTE SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA ASOCIADA A CAMBIOS DEGENERATIVOS ARTICULARES, CON DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD Y REPERCUSIÓN FUNCIONAL. DEBIDO A LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y A LA PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE FISIATRÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, ESTABLECIMIENTO DE PLAN DE REHABILITACIÓN Y MANEJO FUNCIONAL ESPECIALIZADO. ACUDE CON RADIOGRAFIA DONDE SE VISUALIZA DISMINUCIÓN DE ESPACIO ARTICULAR, ESCLEROSIS SUBCONDRA Y OSTEOFITOS EN RODILLA BILATERAL. 0997411437

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANEXADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	09:55	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
2026-06-10	09:55	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

