

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	QUIJJE	CLARA MERCEDES	24	06	1944	81 años, 6 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302954001	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SN y	000-000-0000 / (59)-302-4789
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	1302954001	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	12	30
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 FEMENINO DE 81 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO HACE 3 MESES, CAIDA DE SU PROPIA ALTURA DONDE CAE DE RODILLAS. NO REFIERE MAS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. ACUDE CON DOLOR EN ARTICULACIONES. HOMBRO IZQUIERDO + RODILLAS DE 2 MESES DE APARICION. PACIENTE PRESENTA TENSIONES ARTERIALES ELEVADAS, SIN HISTORIAL PREVIO DE HIPERTENSION ARTERIAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DISMINUCION DE MOVILIDAD DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO Y RODILLAS BILATERAL, JUNTO CON DOLOR A LA MOVILIZACION Y PALPACION. SE REALIZA REFERENCIA PARA POSIBLE VALORACION Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO ACUDE CON EXAMENES ACTUALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-30	09:25	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

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
2025-12-30	09:25	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	