

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PRECIADO	SOLORZANO	CESAR JULIAN	03	09	1959	65 años, 5 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303107799	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS NARANJOS y	099-334-2141 / (99)-999-9999
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	1303107799	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		2025	02	03
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 DE 65 AÑOS DE EDAD ACUDE CON RX DE RODILLA LUEGO DE SER ATENDIDO EN EL TIPO C, PRESENTA DOLOR BILATERAL DE RODILLAS CON 1 AÑO DE EVOLUCIÓN, TRATADO CON ANALGESIA EN CASA DURANTE ESTE TIEMPO, ESTO HA PROVOCADO RIGIDEZ Y PÉRDIDA DE LA MOVILIDAD EN LAS RODILLAS. SE EVIDENCIA PRESENCIA DE INFLAMACIÓN Y SENSIBILIDAD AL TACTO. TELEF. 098-970-0108 // 099-334-2141

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: SE EVIDENCIA DESGASTE ARTICULAR PRONUNCIADO SIENDO MÁS EVIDENTE EN RODILLA DERECHA, SE OBSERVAN PICOS ÓSEOS EN BORDES ARTICULARES, PRESENCIA DE DEFORMIDAD EN AMBAS ARTICULACIONES, LA ALINEACIÓN DE LAS ARTICULACIONES SE ENCUENTRA ALTERADA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GONARTROSIS SECUNDARIAS	M175		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	09:35	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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