

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	NARVAEZ	DIGNA EMERITA	13	08	1962	62 años, 3 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303538241	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE URUGUAY y TRASNVERSARL 7	098-133-4017 /
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	1303538241	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4				
Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	11	20
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

ADULTA MEDIA CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL CON TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN 100 MG CADA DIA, CLORTALIDONA 25 MG + AMLODIPINO 5 MG 6 PM. GONARTROSIS BILATERAL DESDE HACE MAS O MENOS TRES AÑOS DE EVOLUCION SE HA REHALIZADO INFILTRACIONES EN VARIOS OCASIONES EN ARTICULACION DE RODILLA IZQUIERDA, CUADRO CLINICO DE LARGA DATA POR DOLOR DE TIPO PUNZANTE QUE SE LOCALIZA EN ARTICULACION DE RODILLA IZQUIERDA CON IRRADIACION HACIA CADERA DEL MISMO LADO, IMPIDE ESTAR EN BIPEDESTACION Y REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS. PACIENTE AL MOMENTO CON ELEVACION DE TENSION ARTERIAL. RX DE RODILLA IZQUIERDA: DISMINUCION DE ESPACIO ARTICULAR INTERNO, ESPICULA OSEA. PACIENTE A PESAR DE ESTAR CON TERAPIA TRIPLE PRESENTA ELEVACION DE TENSION ARTERIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-20	14:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2024-11-20	14:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

