

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MERO	OTITA MARIANA	17	06	1959	66 años, 2 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303544942	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	096-726-2646 / (99)-955-9649
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	1303544942	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	08	29
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 ACUDE AL CONTROL DE ECNT (HTA) CONTROLADA CON LOSARTAN DE 50 MG AL MOMENTO ACUDE A CONSULTA PARA RETIRO DE MEDICACION, HA PRESENTADO CEFALEA. PACIENTE REFIERE QUE HA MANTENIDO DOLOR EN RODILLA Y CADERA, HA MANTENIDO TRATAMIENTO DESINFLAMATORIO DURANTE ESTE TIEMPO. ACUDE CON RX: DONDE SE EVIDENCIA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERARTICULAR DEL FEMUR Y TIBIA ACOMPAÑADO DE DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ROTULO TIBIAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: SE EVIDENCIA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO INTERARTICULAR DE LA ARTICULACION FEMORO - TIBIO - PATELAR ACOMPAÑADO DE DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ROTULO TIBIAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-29	15:30	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 clínico

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