

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	HERNANDEZ	ABEL CALIXTO	30	07	1962	63 años, 4 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303704314	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SN y SN	098-331-2612 / (00)-000-0000
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/Área		
MSP	1303704314	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	16
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 MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD, REFIERE DOLOR EN ARTICULACION GLENOHUMERAL DERECHO ACOMPAÑADO DE PARESTESIAS Y DEBILIDAD, SIN CAUSA APARENTE, DESDE HACE 1 SEMANA. SE OBSERVA BUEN ESTADO GENERAL. REFIERE QUE SE REALIZO RAYOS X, ACUDE PARA REVISION. PACIENTE ADEMAS REFIERE ANTECEDENTE DE DERRAME SINOVIAL EN RODILLA, REFIERE HINCHAZON, DOLOR, DIFICULTAD PARA LA MOVILIZACION, HACE 6 MESES. PACIENTE NO SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO Y REFIERE QUE MANTIENE EL MISMO DOLOR, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA PARA MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : COLUMNA CERVICAL DISMINUCION DE ESPACION INTERVERTEBRALES, PREDOMINANTE EN C5, C6, C7, PRESENCIA DE OSTEOFITOS MARGINALES ANTERIORES Y POSTERIORES, COMPATIBLES CON ESPONDILOSIS CERVICAL. CERVICOARTROSIS, HOMBRO DERECHO: CAMBIOS DEGENERATIVOS LEVES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico				CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO				M239	X	
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	
2025-12-16	09:43	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849		

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
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	
2025-12-16	09:43	Medicina Rural	ANA MARIA MOREIRA BERMEO	1312593849		

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad