

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CABAL	FARIAS	BRIGIDA VENUS	07	10	1949	75 años, 0 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	1303761256	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y SN	098-711-1882 / (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	1303761256	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	10	14
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 75 AÑOS QUE ACUDE REFERIDA DE EMERGENCIAS POR MOTIVO DE DOLOR DE RODILLAS DE 3 AÑOS DE EVOLUCION. NO REFIERE CAIDAS. ACOMPAÑANTE (HIJA) REFIERE QUE HACE TRES AÑOS SE HIZO RX DE RODILLAS Y LE DX GONARTROSIS BILATERAL. APP DE ALZHEIMER. HIJA REFIERE QUE INTERCALA EN EPISODIOS DE CONFUSION Y LUCIDEZ. ADEMAS MENCIONA DIFICULTADES PARA LA DEGLUCION, TENIENDO EPISODIOS OCASIONALES DE ATRAGANTAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE RODILLA Y CADERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-14	08:24	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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
2024-10-14	08:24	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	