

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	SAAVEDRA	ROSA ALEJANDRINA	25	07	1956	68 años, 4 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303834301	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAUCES 2 y	098-810-7881 /
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	1303834301	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	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTA MAYOR CON APP DE HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG BID PRESENTA DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACION CON ALTERACION EN LA MARCHA DESDE HACE MAS O MENOS 16 AÑOS DE EVOLUCION QUE SE PRESENTA DE MANERA REPENTINA SIN CAUSA APARENTE ACOMPAÑADO DE PESADEZ Y PARESTESIA, PACIENTE DEAMBULA CON AYUDA DE TERCERAS PERSONAS, REALIZA ACTIVIDADES DIARIAS CON DIFICULTAD, PRESENTA PASOS CORTOS, ARRASTRE DE MIEMBROS INFERIORES CON PREDOMINIO DEL LADO DERECHO. EXAMEN FISICO: ANQUILOSIS EN MIEMBROS INFERIORES CON PREDOMINIO DEL LADO DERECHO. COLUMNA : ESCOLIOSIS DERECHA TEST DE ADAMS : POSITIVA DERECHO. ARTICULACION DE CADERA: DOLOR A LA DIGITOPRESION DEL LADO DERECHO. REVISION DE RADIOGRAFIA: SE EVIDENCIA LEVE DISMINUCION DE ESPACIO INTERNO ARTICULAR (POR POSICION DE PACIENTE) ESPICULA OSEA, NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE OSTEOPOROSIS.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE CADERA Y DE RODILLA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	M419		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-28	09:58	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
2024-11-28	09:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

