

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ALCIVAR          | PAZMIÑO          | ANGELA ROSA | 02                  | 06  | 1957 | 68 años, 4 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                              | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304436791        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA | 096-994-6761 /      |
| 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                 | 1304436791                               | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Fisiatría    | 2025           | 10  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 68 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOARTROSIS, QUIEN PRESENTA DOLOR CRÓNICO EN RODILLA DERECHA DE INTENSIDAD VARIABLE, GENERALMENTE EXACERBADO POR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y AL FINAL DEL DÍA, ASOCIADO A RIGIDEZ MATUTINA DE CORTA DURACIÓN (MENOR A 30 MINUTOS), CREPITACIÓN A LA MOVILIZACIÓN, DISMINUCIÓN DE LA AMPLITUD DE MOVIMIENTO Y LEVE TUMEFACCIÓN LOCAL SIN SIGNOS FLORIDOS DE INFLAMACIÓN. REFIERA LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA PARA CAMINAR Y SUBIR ESCALERAS, ASÍ COMO SENSACIÓN DE INESTABILIDAD EN LA ARTICULACIÓN COMPROMETIDA. SE OBSERVA DESVIACIÓN AXIAL LEVE EN VARO, SIN DATOS DE INFECCIÓN O ENFERMEDAD SISTÉMICA ASOCIADA. ANTECEDENTES DE OBESIDAD Y SEDENTARISMO. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFÍA DE RODILLA SE OBSERVA UNA REDUCCIÓN EN EL ESPACIO ARTICULAR, PRINCIPALMENTE EN EL COMPARTIMIENTO INTERNO. SE APRECIA OSTEÓFITOS EN LOS MÁRGENES ARTICULARES, PARTICULARMENTE A NIVEL PATELA. ADICIONALMENTE, SE IDENTIFICA UN ENGROSAMIENTO SOSTENIDO DE LA CÁPSULA ARTICULAR. NO SE OBSERVAN FRACTURAS O LESIONES ÓSEAS AGUDAS. OTROS ANALISIS: BIOMETRÍA: GLÓBULOS ROJOS: 5.2, HEMOGLOBINA: 14.8, HEMATOCRITO: 49.3, VCM: 94.9, HCM: 28.5, CHCM: 30.0, RDW-CV: 13.3, RDW-SD: 48.8, PLAQUETAS: 300, PLAQUETOCRITO: 0.29, VPM: 9.6, PDW: 10.2, P-LCC: 62, P-LCR: 20.8, LEUCOCITOS: 6.02, LINFOCITOS %: 36.5, NEUTRÓFILOS %: 55.7, MONOCITOS %: 3.4, EOSINÓFILOS %: 3.3, BASÓFILOS %: 1.1, LINFOCITOS #: 2.2, NEUTRÓFILOS #: 3.35, MONOCITOS #: 0.2, EOSINÓFILOS #: 0.2, BASÓFILOS #: 0.07, UREA: 35.94, CREATININA: 0.71, ÁCIDO ÚRICO: 3.93, COLESTEROL: 214.9, TRIGLICÉRIDOS: 161.8, TGO/AST: 36.09, TGP/ALT: 48.04, COPROANÁLISIS: COLOR CAFÉ, CONSISTENCIA PASTOSA, PARÁSITOS: NO SE OBSERVAN, HELICOBACTER PYLORI: NEGATIVO, SANGRE OCULTA EN HECES: NEGATIVO, ANTITREPTOLISINA (ASTO): NEGATIVO.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------|--------|-----|-----|
| (OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA | M150   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-16 | 08:14 | 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 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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |