

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERA	OTITA RIQUILDA	05	11	1940	84 años, 0 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304505850	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	098-951-2846 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304505850	SAN BARTOLO	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	27
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

MUJER 84 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 46% Y ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL HACE 15 AÑOS EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG QD + AMLODIPINA 10 MG NOCHE + CLORTALIDONA 50 MG QD, GONARTROSIS DE RODILLAS SIN TRATAMIENTO ACTUAL, PACIENTE PRESENTA RIESGO SOCIAL ALTO YA QUE VIVE SOLA NO TIENE HIJOS NI ESPOSO (LE ACOMPAÑA RED DE APOYO VECINA), EL INTERROGATORIO PACIENTE SE MUESTRA LABIL. SE EXPLICA ELEVADO RIESGO CARDIOVASCULAR. AL MOMENTO DE INTERROGATORIO REFIERE MANTENER DOLOR ARTICULAR EN AMBAS RODILLAS DE LARGA DATA LO CUAL INCLUSO IMPIDE LA DEAMBULACION Y REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS. ACUDE SOLICITANDO RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE RODIILAS PENDIENTE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-27	09:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2024-11-27	09:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	