

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	MERA	KETTY ELIZABET	01	05	1967	58 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304626557	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALL SIN NOMBRE y SI NOMBRE	093-961-9827 / (09)-940-5561
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	1304626557	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		2025	07	30
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

SE TRATA DE ADULTA DE SEXO MASCULINO QUE PRESENTA RIGIDEZ DE ARTICULACION DE LA CADERA IMPOSIBILIDA DE FLEXIONAR MUSLO SOBRE ABDOMEN - RIGIDEZ Y DEFORMIDA DE AMBAS RODILLAS - IMPOSIBILIDAD DE FLEXIO- DES DE HACE APROXIMADAMENTE - 4 AÑOS LA MISMA QUE SE HA IDO AGRAVANDO HASTA EL PUNTO DE IMPEDIR LA MARCHA NORMAL- TAMBIEN PRESENTA ATROFIA DE MUSCULOS DE MIEMBROS INFERIORES - ADEMAS ES HIPERTENSA Y DIABETICA CONTROLADA -

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE TRATA DE ADULTA DE SEXO MASCULINO QUE PRESENTA RIGIDEZ DE ARTICULACION DE LA CADERA IMPOSIBILIDA DE FLEXIONAR MUSLO SOBRE ABDOMEN - RIGIDEZ Y DEFORMIDA DE AMBAS RODILLAS - IMPOSIBILIDAD DE FLEXIO- DES DE HACE APROXIMADAMENTE - 4 AÑOS LA MISMA QUE SE HA IDO AGRAVANDO HASTA EL PUNTO DE IMPEDIR LA MARCHA NORMAL- TAMBIEN PRESENTA ATROFIA DE MUSCULOS DE MIEMBROS INFERIORES - ADEMAS ES HIPERTENSA Y DIABETICA CONTROLADA -

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M169	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	11:33	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2025-07-30	11:33	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

