

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1304791229		1304791229				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
SABANDO		MONTES		COLON		ALBERTO	H	28/12/1955	70	☐	☐
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐		
0958825920 / 0994812201		MSP		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.				☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.				☐	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive				☐	
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				☐	
				5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA C	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 70 AÑOS SIN APP DE RELEVANCIA QUE REFIERE DOLOR EN RODILLA DE PREDOMINIO MECANICO, DE 4 MESES DE EVOLUCION, ASOCIADO A LIMITACION FUNCIONAL PARA LA MARCHA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. RODILLA CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN INTERLÍNEA ARTICULAR ,DISMINUCIÓN LEVE A MODERADA DEL RANGO DE MOVILIDAD ACTIVA Y PASIVA, CREPITACIÓN ARTICULAR A LA MOVILIZACIÓN, SIN EVIDENCIA DE ERITEMA NI AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL, AUSENCIA DE EDEMA IMPORTANTE O DERRAME ARTICULAR EVIDENTE, MARCHA ANTÁLGICA. DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN PROLONGADA Y ESCALERAS, SIN DEFORMIDADES SEVERAS EVIDENTES EN ESTE MOMENTO NO REFIERE TRAUMATISMO RECIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

SE REALIZA ESTUDIO RADIOLÓGICO QUE EVIDENCIA CAMBIOS DEGENERATIVOS

E. DIAGNOSTICO

PRE* PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179	X		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/05/2026	10:00:00	VALERIA	SALAZAR	MONTESDEOCA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311949299				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐			REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	