

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	PROAÑO	ANGEL MARIA	24	08	1948	77 años, 10 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304818931	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MUTRE y VIA A BAHIA	098-006-7963 /
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	1304818931	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	07	01
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

ADULTO MAYOR MASCULINO 77 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN TAB 100MG VO QD, MAS CLORTAILIDON A25 MG QD, ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ECNT, AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA, NO VISIÓN BORROSA, NO TINNITUS, NO ALZAS TERMICAS, NO POLIDIPSIA, NO POLIURIA, NO VOMITOS, REFIERE BUEN APETITO, DIURESIS Y CATARSIS POSITIVAS. A LA VALORACION PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, GLASGOW15/15, SIN SIGNOS DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL. EL DIA D HOY CON DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA QUE IMPOSIBILITA MARCHA, PACIENTE MENCIONA QUE LLEVA VARIOS DÍAS ALGICO, CON SIGNOS DE INFLAMACIÓN, NIEGA CAÍDA O TRAUMA DIRECTO EN EXTREMIDAD, telefono 0980067963

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS	M171		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-01	14:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-07-01	14:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

