

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	1343	CENTRO SALUD SAN ELOY	A	1304846700	1304846700										
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
BRAVO	CONFORME	HUGOLINA	MARIA DEL SOCORRO	F	7/13/1965	60	H	D	M	A					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO									
0989484564		NO		☒	☐	☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA													
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE													

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 60 AÑOS APP: NO REFIERE APF: MADRE HIPERTENSION ALERGIA NO REFIERE APQX LIGADURA, G: 4 A: 0 P: 4 C: 0 REFIERE HACE 1 MES REFIERE CAIDA DE SU PROPIO CUERPO SOBRE RODILLA DERECHA DESDE ESE MOMENTO REFIERE MOLESTIA DOLOR DIFICULTAD DIAMBULAR, CRUJIDOS EN RODILLA DOLOR MECÁNICO , DOLOR AL SUBIR ESCALERAS , MEJORA CON EL REPOSO RIGIDEZ MATUTINA, NO EDEMA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX: RODILLA DERECHA : SIGNOS DE GONARTROSIS MODERADA SI LA CLINICA LO AMERITA SE SUGIERE RMN DISMINUCION DEL ESPACIO FEMORAL TIBIAL INTERNO Y EXTERNO ASOCIADO A ESCLEROSIS DE LA MESETA TIBIAL ESPINA TIBIALES PROMINENTES, DISMINUCION ESACIO FEMURO ROTULIANO DISCRETA LATERALIZACION INTERNA DE LA RODILLO , OSTEOFITO EN EL POLO SUPERIOR E INFERIOR D ELA RODILLA, MINERALIZACION OSEA DISMINUIDA

E. DIAGNÓSTICO

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
14/5/2026	10:00	ELVA	TEJENA	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311746802				

G. EVALUACIÓN 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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

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	