

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARCIA	VERDUGA	LUZ MARIA	01	05	1957	68 años, 6 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304879669	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLEJON SANTA GEMA y SANTA MARTHA	099-177-9892 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1304879669	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	11	07
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 clinico

PACIENTE ACUDE AL CONTROL DE ECNT (HTA) CONTROLADA CON LOSARTAN DE 100 MG AL MOMENTO ACUDE A CONSULTA PARA RETIRO DE MEDICACION. PACIENTE PRESENTÓ CAIDA HACE 3 MESES DESDE LA ALTURA DE CAMA, EL GOLPE FUE DEL LADO IZQUIERDO DONDE RECIBIÓ MAYOR IMPACTO EN LA RODILLA, HACE 2 SEMANAS ESTE DOLOR SE HA REAGUDIZADO Y LE IMPIDE CAMINAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX RODILLA IZQUIERDA: SE OBSERVA ADECUADA ALINEADA ARTICULAR, ESPACIO ARTICULAR FEMOROTIBIAL DISMINUIDO, SUPERFICIES OSEAS REGULARES, NO SE EVIDENCIA FRACTURAS, RELACIÓN RÓTULO-FEMORAL DISMINUIDO.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	M238		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-07	15:04	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

