

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	BRAVO	FREDDY ANTONIO	30	07	1963	62 años, 10 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304925579	MANABI	CHONE	CONVENTO	AGUSTIN GILER y	099-108-1960 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304925579	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2026	06	09
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

PACIENTE DE 62 AÑOS CON APP DMT2 Y HTA TOMA IBERSARTAN 300 MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG + METFORMINA 850 MG APQ ARTROSCOPOA DE RODILLA DERECHA CON CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON ARTROSIS DE EVOLUCIÓN CRÓNICA, CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR MECÁNICO QUE AUMENTA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y MEJORA PARCIALMENTE CON EL REPOSO. REFIERE RIGIDEZ MATUTINA DE CORTA DURACIÓN (<30 MINUTOS), LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA Y DISMINUCIÓN DEL RANGO DE MOVILIDAD EN ARTICULACIONES AFECTADAS. NIEGA FIEBRE U OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE Y ORIENTADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SE EVIDENCIA DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE LAS ARTICULACIONES COMPROMETIDAS, CREPITACIÓN ARTICULAR, LIMITACIÓN FUNCIONAL LEVE A MODERADA Y AUSENCIA DE SIGNOS INFLAMATORIOS AGUDOS IMPORTANTES. MARCHA CONSERVADA CON MOLESTIAS ASOCIADAS AL MOVIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEBIDO A LA PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS, LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA Y NECESIDAD DE VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA OPTIMIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA, SE REALIZA REFERENCIA A SERVICIO DE REUMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, DEFINICIÓN DE MANEJO ESPECIALIZADO Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	09:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-06-09	09:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

