

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CHAVEZ	MARIA LEONOR	29	02	1964	60 años, 11 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304997644	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	GRANDA CENTENO y	098-364-4437 /
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	1304997644	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	02	20
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

ADULTA MEDIA CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDO LOCALIZADO EN ARTICULACION DE AMBAS RODILLAS QUE SE EPRESENTA DE GRAN INTESIDAD DESDE HACE MAS O MENOS 6 AÑOS DE EVOLUCION EN EL CUAL IMPIDE REALIZAR LA DEAMBULACION Y MANTENER LA BIPEDESTACION PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE MAS O MENOS UN AÑO CUADRO CLINICO SE HA INTENSIFICADO Y EMPEORADO EN EL CUAL PRESENTA MARCHA CON ARRASTRE. EXAMEN FISICO: CRUJIDO EN AMBAS ARTICULACIONE DE RODILLA, EXTENSION Y FLEXION INCOMPLETA (ANQUILOSIS). NO CALOR, NO RUBOR, NO EDEMA. RX DE RODILLA BILATERAL: DISMINUCION IMPORTANTE DE ESPACIO ARTICULAR INTERNA DE AMBAS RODILLAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE RODILLA BILATERAL: DISMINUCION IMPORTANTE DE ESPACIO ARTICULAR INTERNA DE AMBAS RODILLAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-20	14:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-02-20	14:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	