

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CHICA	DIGNA ESDRINA	26	10	1946	79 años, 6 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	1305035469	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA AL PARAMO y	095-963-5081 /
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	1305035469	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	05	18
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

PRESENTA DOLOR EN AMBAS RODILLAS Y EN LAS MANOS - A NIVEL DE LAS RODILLAS PRESENTA DOLOR AL DEAMBULAR - RIGIDEZ Y DEFORMIDAD DEL LADO DERECHO - TAMBIEN PRESENTA LIGERO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA DOLOR EN AMBAS RODILLAS Y EN LAS MANOS - A NIVEL DE LAS RODILLAS PRESENTA DOLOR AL DEAMBULAR - RIGIDEZ Y DEFORMIDAD DEL LADO DERECHO - TAMBIEN PRESENTA LIGERO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES DISMINUCION DE ESPACIO ARTICULAR EN AMBAS RODILLAS - DEFORMIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-18	15:03	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS

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
2026-05-18	15:03	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	