

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CALDERON	IRIS RICARDO	27	08	1965	59 años, 6 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305233684	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BEJUCO y	098-924-0968 / (00)-000-0000
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	1305233684	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	03	17
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 MASCULINO DE 59 AÑOS DE EDAD, APP: NR, ALERGIAS: NR. ACUDE CON CUADRO CLÍNICO DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO ACOMPAÑADO DE DOLOR EN CADERA IPSILATERAL, PACIENTE DEBE ARRASTRAR SU MIEMBRO PARA DEAMBULAR DEBIDO A QUE EL DOLOR LE IMPIDE MOVILIZARSE DE FORMA NORMAL. COMO ANTECEDENTE TUVO UNA CAIDA EN SU NIÑEZ DONDE MENCIONA QUE SE FRACTURO LA CADERA. ACUDE CON RX QUE SE EVIDENCIA AREAS QUÍSTICAS EN AMBAS CABEZAS FEMORALES, COLAPSO DE LA CABEZA FEMORAL, DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR DERECHO Y MALFORMACION EN DICHA ARTICULACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE CADERA: QUE SE EVIDENCIA AREAS QUÍSTICAS EN AMBAS CABEZAS FEMORALES, COLAPSO DE LA CABEZA FEMORAL, DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR DERECHO Y MALFORMACION EN DICHA ARTICULACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COXARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M160		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	16:16	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

