

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
AVILA		GARCIA		TITO ADALBERTO		2	8	1967	57	H
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1305438630		MANABI	JUNIN	SITIO LAS CHAVELAS		0990343063 (YERNO) - 0969512878 (HIJA)		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS		PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR	

II. REFERENCIA:1

☒

DERIVACION: 2

☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1305438630	CENTRO DE SALUD CHONE		C	13D07		
REFIERE O DERIVA A:					FECHA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA	26	9	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive
Ausencia temporal del profesional
Falta de profesional

1	☐
2	☐
3	☒

Saturación de capacidad instalada
Otros/ Especifique

4	☐
5	☐

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO QUE ACUDE SOLO, REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS PRESENTA DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN ARTICULACIÓN DE RODILLAS LOS MISMO QUE SE EXACERBAN CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL TRABAJO (AGRICULTOR), HA REALIZADO ATENCIÓN MÉDICA EN SU COMUNIDAD QUIEN LUEGO DE REVISIÓN DE RX DE RODILLAS DETERMINA PATOLOGÍA. NO HA RECIBIDO ATENCIÓN POR PARTE TRAUMATOLOGÍA POR LO QUE E HARÁ REFERENCIA A ESTA ESPECIALIDAD.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170	X
2			
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

DR. RENATO LEONES

CÓDIGO MSP

1737

FIRMA



firmado electrónicamente por:
EDGAR RENATO LEONES
GOMEZ

III. CONTRAREFERENCIA:

3

REFERENCIA INVERSA

4

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

CODIGO MSP

FIRMA

7. REFERENCIA
JUSTIFICADA