

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JARAMILLO	MERA	FLOR MARIA	15	09	1966	58 años, 3 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305478222	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA TOSAGUA y	098-307-1918 /
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	1305478222	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	01	14
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE EN TRATAMIENTO CONTINUO CON TRES ANTIHIPERTENSIVOS EN EL CUAL LA PRESION SE MANTIENE ALTA PACIENTE REFIERE QUE SE REALIZA TOMA DE TENSION ARTERIAL EN CASA Y VALORES OSCILAN ENTRE 120/80, 137/80 MMHG, PRESENTA DOLOR DE TIPO PUNZANTE DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD LOCALIZADO EN ARTICULACION DE AMBAS RODILLAS CON MAYOR PREDOMINIO DEL LADO DERECHO QUE SE ACOMPAÑA CON EDEMA DE RODILLA DERECHA, LA CUAL DIFICULTA LA DEAMBULACION Y EN BIPEDESTACION CALMA EN MOMENTOS CON APLICACION DE MEDICACION TOPICA Y EN PERMANECIENDO EN REPOSO. RADIOGRAFIA: DISMINUCION DE ESPACIO ARTICULAR, ESPICULAS OSEAS, DENSIDAD OSEA DISMINUIDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA: DISMINUCION DE ESPACIO ARTICULAR, ESPICULAS OSEAS, DENSIDAD OSEA DISMINUIDA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	11:48	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
2025-01-14	11:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	