

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	VELEZ	ANA MARIA	20	01	1965	61 años, 1 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305504233	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BRAVO CHICO y VÍA BOYACA	098-861-0802 /
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	1305504233	SAN ANTONIO	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		2026	03	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	☐	ARTROSIS EN CADERA Y RODILLA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD , CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS NO INSULINOREQUERIENTE, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL, , INSUFICIENCIA VENOSA INFRAPATELAR POR DOPPLER VENOSO, PRESENTA DOLOR EN LA CADERA, Y AMBAS RODILLAS EN LAS QUE SE OBSERVA EDEMA Y DEFORMIDAD DE LAS MISMAS, QUE DIFICULTA LA MARCHA, CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS DE EVOLUCION, SE OBSERVA ESCLEROSIS SUBCONDRA, DISMINUCIÓN DE ESPACIO TIBIO FEMORAL EN RD Y DESAPARICIÓN DE ESTE ESPACIO EN RI CARA MEDIAL, EN CADERA OSTEOFITOS. 0982582382

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	08:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-03-18	08:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

