

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| GALARZA          | FARFAN           | SANDRA JAZMINA | 18                  | 09  | 1966 | 59 años, 2 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                       | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|---------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305514463        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LOS TAMARINDOS y LOS TAMARINDOS | 099-639-8229 /      |
| 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                 | 1305514463      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                                    |  | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 2025  | 12  | 02  |
| 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

USUARIA QUE ACUDE POR REFERIR QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS PRESENTA DOLOR QUE EN UN INICIO DE LEVE INTENSIDAD PARA LUEGO Y POSTERIOR A LA DEAMBULACIÓN INCREMENTARSE, ADEMÁS PRESENTA DEFROMIDAD DE LA MENCIONADA ARTICULACIÓN, ACTUALMENTE PERSISTE DOLOR ARTICULAR Y DEFORMIDAD CON DISMINUCIÓN DE RANGOS DE MOVIMIENTOS ARTICULARES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN PROCESO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS | M171   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO   | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2025-12-02 | 11:18 | Medicina General | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2025-12-02 | 11:18 | Medicina General | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |