

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MERO             | BARRE            | PIEDAD DEL JESUS | 14                  | 10  | 1959 | 66 años, 5 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306240712        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LOS GUASM9S y SD             | 0969067879 /         |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1306240712      | 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 | Fisiatría    | 2026 | 03    | 19  |  |
| 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 FEMENINA DE 66 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 5 EN DIALISIS TRISEMANAL L-M-V E HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE REFIERE DOLOR DE LARGA DATA EN RODILLA DERECHA QUE EMPEORA AL CAMINAR. INDICA QUE UNICAMENTE SE COLOCA MENTOL Y CALMA MUY POCO. NIEGA OTROS SINTOMAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON EXAMENES AL MOMENTO DE LA CONSULTA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA | M238   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                               |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-03-19 | 08:22 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 | <br>FIRMA<br>ROXANA ELIZABETH<br>MIRA RODRIGUEZ<br><small>Validar únicamente con FirmaEC</small> |

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 clínico

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-19 | 08:22 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |