

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	GUILLEN	LICETTY ELIZABETH	15	07	1970	55 años, 4 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306592690	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ROCAFUERTE Y ELOY ALFARO y	/ (05)-265-5595
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306592690	SANTA MARTHA	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		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

MUJER DE 55 AÑOS QUE PRESENTA DOLOR CRÓNICO EN RODILLA DERECHA DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA, EXACERBADO CON LA MARCHA PROLONGADA Y AL SUBIR O BAJAR ESCALERAS, ACOMPAÑADO DE RIGIDEZ MATUTINA DE CORTA DURACIÓN, CREPITACIÓN ARTICULAR Y DISMINUCIÓN DEL RANGO DE MOVIMIENTO; REFIERE EPISODIOS DE INFLAMACIÓN LEVE SIN SIGNOS DE INFECCIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL QUE DIFICULTA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : REDUCCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR FEMOROTIBIAL, PRINCIPALMENTE EN LA COMPARTIMENTAL MEDIAL. SE APRECIA OSTEOFITOSIS EN LOS BORDES DEL FÉMUR Y LA TIBIA, CON LA PRESENCIA DE ESCLEROSIS SUBCONDRA EN LA ZONA AFECTADA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS	M171		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-02	10:51	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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