

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		1277	CENTRO DE SALUD RECREO - SAN MIGUEL	A	1306596857		1306596857							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VERA		CEDEÑO		MARCOS		ANTONIO		H	20/5/1970	55	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
09 8359 9646		MSP												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA										
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.														
6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios														

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA				CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE DE MASCULINO DE 55 AÑOS QUE ACUDE POR DOLOR CRÓNICO EN AMBAS RODILLAS, DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA DESDE HACE VARIOS MESES. REFIERE DOLOR DE TIPO MECÁNICO, QUE AUMENTA CON LA MARCHA PROLONGADA, SUBIR O BAJAR ESCALERAS, PONERSE DE PIE DESPUÉS DE ESTAR SENTADO Y AL CARGAR PESO. PRESENTA RIGIDEZ MATUTINA MENOR DE 30 MINUTOS Y SENSACIÓN DE "CRUJIDOS" (CREPITACIÓN) DURANTE EL MOVIMIENTO. EL DOLOR SE ALIVIA PARCIALMENTE CON REPOSO Y ANALGÉSICOS OCASIONALES. ADEMAS REFIERE DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL, DIFICULTAD PARA CAMINAR LARGAS DISTANCIAS Y PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO AGACHARSE O PONERSE EN CUCLILLAS. NIEGA TRAUMA PREVIO SIGNIFICATIVO. NO REFIERE SÍNTOMAS SISTÉMICOS (FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO, COMPROMISO GENERAL). SEÑALA AUMENTO DE VOLUMEN EN AMBAS RODILLAS, SIN EPISODIOS DE BLOQUEO ARTICULAR.

AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA AUMENTO DE VOLUMEN EN AMBAS RODILLAS DE PREDOMINIO ARTICULAR, MARCHA CON CLAUDICACIÓN LIGERA POR DOLOR, DOLOR A LA PALPACIÓN EN INTERLÍNEA ARTICULAR INTERNA Y EXTERNA DE AMBAS RODILLAS, CON PRESENCIA DE RANGO DE MOVILIDAD REDUCIDO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFÍAS DE RODILLAS (AP, LATERAL Y AXIAL DE RÓTULA), SE EVIDENCIA:
DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR TIBIOFEMORAL MEDIAL, BILATERAL, OSTEOFITOS MARGINALES EN FÉMUR, TIBIA Y RÓTULA. NO SE OBSERVAN FRACTURAS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL			M170	X		4.				
2.							5.				
3.							6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/11/20	8:00	MARIO		MERO		BASURTO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1313890640							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.							4.				
2.							5.				
3.							6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	