

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	MERA	WILFRIDO VALGNER	29	05	1970	55 años, 7 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306821271	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	999-999-9999 /
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	1306821271	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		2026	01	14
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

USUARIO QUE ES TRAÍDO A LA CONSULTA POR FAMILIAR (HIJA) QUIEN MENCIONA QUE SU PAPÁ PRESENTA POLIARTRALGIAS CON MAYOR AFECTACIÓN DE ARTICULACIONES DE RODILLAS Y CADERAS QUE SE EXACERBAN CON LA DEAMBULACIÓN PROLONGADA O LA PERMANENCIA POR MUCHO TIEMPO EN POSICIÓN BÍPEDA, MENCIONA ADEMÁS QUE HA PRESENTADO EDEMA PERI ROTULIANO CON DEFORMIDAD ACOMPAÑANTE, REFIERE QUE TAMBIÉN QUE EN SU SITUACIÓN INTELECTUAL LO PERCIBE CON MAYOR AFECTACIÓN EMITIENDO RESPUESTAS NO ACORDES A LO QUE SE LE PREGUNTA, SE EXPLICA A FAMILIAR ACERCA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ESPECIALISTA (TRAUMATOLOGÍA) ADEMÁS DE PSICOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-14	14:52	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 FIRMA Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-14	14:52	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	