

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| COBEÑA           | MEDRANDA         | ELBER JOSE | 14                  | 03  | 1970 | 56 años, 3 meses, 11 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306974385        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE 7 DE AGOSTO            | 097-988-8735        |
| 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                 | 1306974385      | SANTA RITA               | 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 | 2026 | 06    | 25  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MASculino DE 56 AÑOS TRABAJA DE COMERCIANTE, REFIERE QUE HACE AÑOS LES DUELE LAS RODILLAS AL CAMINAR, SE PROCEDE AL EXAMEN FISICO Y SE VISUALIZA GENU VARO +20 GRADOS, PACIENTE REFIERE DOLOR EN PARTE INTERNA DE AMBAS RODILLAS, REFIERE QUE NO NACIÓ ASÍ Y SE FUE FORMANDO EN LOS ULTIMOS AÑOS, SE DA PASO A TRAUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASculino DE 56 AÑOS TRABAJA DE COMERCIANTE, REFIERE QUE HACE AÑOS LES DUELE LAS RODILLAS AL CAMINAR, SE PROCEDE AL EXAMEN FISICO Y SE VISUALIZA GENU VARO +20 GRADOS, PACIENTE REFIERE DOLOR EN PARTE INTERNA DE AMBAS RODILLAS, REFIERE QUE NO NACIÓ ASÍ Y SE FUE FORMANDO EN LOS ULTIMOS AÑOS, SE DA PASO A TRAUMATOLOGIA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE | M211   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-25 | 13:13 | Medicina Rural | HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA | 1314779040 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-25 | 13:13 | Medicina Rural | HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA | 1314779040 |       |