

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	LOVATON	SELINA ELISA	21	07	1972	53 años, 8 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307393841	MANABI	CHONE	CANUTO	CDL LOS ALMENDROS y SEGUNDA ENTRADA	099-027-0299 /
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	1307393841	CANUTO	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	04	13
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 53 AÑOS CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE ARTROSIS PRIMARIA, QUIEN PRESENTA DOLOR ARTICULAR CRÓNICO DE PREDOMINIO EN MIEMBROS INFERIORES, ASOCIADO A LIMITACIÓN FUNCIONAL. REFIERE ANTECEDENTE DE USO DE PIERNA ORTOPÉDICA (SIN DETALLES TÉCNICOS DISPONIBLES).FUE PREVIAMENTE REFERIDA A REUMATOLOGÍA, SIN CONCRETARSE ATENCIÓN POR FALTA DE ESPECIALISTA. ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE HABER RECIBIDO INDICACIÓN QUIRÚRGICA PARA TRAUMATOLOGÍA EN EVALUACIONES PREVIAS (NO DOCUMENTADAS).AL EXAMEN FÍSICO: RIGIDEZ ARTICULAR Y LEVE EDEMA EN EXTREMIDADES, SIN SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE CON PROBABLE DOLOR POR COMPONENTE MECÁNICO Y POSIBLE INDICACIÓN QUIRÚRGICA. REQUIERE VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESTRUCTURAL, ALINEACIÓN Y CONDUCTA TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON PIERNA ORTOPEDICA
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M199		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-13	07:54	Medicina Rural	JOSE LUIS LOPEZ SANTOS	1351712250	

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
2026-04-13	07:54	Medicina Rural	JOSE LUIS LOPEZ SANTOS	1351712250	

