

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	CARRANZA	DENNYS BEATRIZ	04	06	1973	52 años, 2 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307435311	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	PLATANALES y PLATANALES	099-872-9453 /
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	1307435311	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	08	26
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 52 AÑOS, APP: COLON IRRITABLE, APQX: CESAREA + SALPINGOCLASIA, APF: MADRE (DIABETES MELLITUS), HERMANA (HIPERTENSA), ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE DERIVADA DE MEDICINA GENERAL POR CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR DE RODILLA IZQUIERDA DE EVA DE 9/10 DOLOR INTENSIFICADO HACE 5 MESES, SEGUN REFIERE SE EXACERBA AL SUBIR ESCALERAS Y AL ACUCLILLARSE PRESENTADO DOLOR INTENSO MAYORMENTE DURANTE LA NOCHE POSTERIOR A LAS ACTIVIDADES. A LA VALORACION FISICA MIEMBRO INFERIOR, DOLOR AL FLEXIONAR PIERNA IZQUIERDA APRECIA CRUJIDOS, PIERNA DERECHA DOLOR A LA FLEXION SIN CRUJIDO-- REFEIERE QUE HA REALIZADO TERAPIAS FISICAS EN RODILLA SIN MEJORIA DE CUADRO REFIERE QUE USO DE CORTICOIDES A MEJORA CUADRO DE DOLOR DE RODILLA IZQUIERDA EVA DE 6/10 --. HOY NIEGA ALGIA ALERTA Y ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE RODILLA IZQUIERDA SE APRECIA ARTROSIS GRADO 2

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS	M171	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-26	11:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-08-26	11:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	