

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	PINARGOTE	MARIA AUXILIADORA	23	04	1975	49 años, 9 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307672533	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	ATAHUALPA y PIO 12	099-158-7606 /
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	1307672533	MATA PALO	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	02	06
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 CON ANTECEDENTES DE ARTROSIS, CURSA CON CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN TOBILLO BILATERAL, MAS ACENTUADO EN TOBILLO DERECHO. PRESENTA ABULTAMIENTO CONSIDERABLE QUE LE PROVOCA DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL, DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y BIPEDESTACION. SE REALIZA RX, SE OBSERVA ABULTAMIENTO PRESUMIBLEMENTE PROVOCADO POR DERRAME ARTICULAR.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: ACIDO URICO: 4.13 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX SE EVIDENCIA MASA EN AMBOS TOBILLOS DE ETIOLOGIA A PRECISAR.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERRAME ARTICULAR	M254		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	15:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-02-06	15:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

