

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACURIO	LOPEZ	JUAN VICENTE	30	09	1974	50 años, 4 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307767267	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MERCADO CALLE IGNACIO ANDRADE y	/ (09)-689-8973
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	1307767267	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	02	25
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 MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD, APP: HTA. PACIENTE CON OBESIDAD III, ATENDIDO POR EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN QUE COMENZÓ HACE UN MES CON DOLOR INTENSO EN RODILLA DERECHA, QUE LE IMPEDÍA MOVILIZARSE O MANTENER SU PROPIO PESO PARADO, ESTUVO 7 DÍAS EN CAMA, ACUDIÓ CON REUMATOLOGÍA DONDE SE REALIZA RX Y ECOGRAFÍA CON EVIDENCIA DERRAME DE LÍQUIDO SINOVIAL (SINOVITIS) Y DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR CON DEFORMIDAD ÓSEA, TRATADO CON ALOPURINOL, COLCHICINA, DOLO ARTROSAMIN DESEA MANTENER SEGUIMIENTO CON REUMATOLOGIA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO DEFINITIVO, RENOVACIÓN DE REFERENCIA PARA REUMATOLOGIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	16:20	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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