

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | SOLORZANO        | MAGALY MARIBEL | 28                  | 07  | 1969 | 56 años, 11 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307867117        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | AV ESTUDIANTEL y             | 099-011-9964 /      |
| 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                 | 1307867117      | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Reumatología |  | 2026  | 07  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" 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 type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE ARTROSIS DESDE HACE MAS O MENOS 3 años, refiere presento caida hace ma so menos 2 años donde se golpeo el pecho y desde es momento presenta dolor en el pecho , PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDO Y QUEMANTE LOCALIZADO EN AMBAS RODILLA CON MAYOR PREDOMINIO DEL LADO DERECHO DESDE HACE MAS O MENOS 4 AÑOS DE EVOLUCION EL CUAL LIMITA LA DEMABULACION, DOLOR SE EXACERBA CUANDO SE ENCUENTRA EN BIPEDESTACIO, CALMA DE MANERA LEVE CON EL REPOSO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO: EXTREMIDADES INFERIORES CHASQUIDO Y CRUJIDO EN AMBAS ARTICULACIONES . PRESENCIA DE VARICE SIN ULCERA NI RUPTURA. RX: DISMINUCION DE ESPACIO ARTICULAR DERECHO, DIMINERALIZACION OSEA. REPORTE DE RX DE RODILLAS DONDE SE APRECIA ARTROSIS GRADO 3-4 BILATERAL HOY CON PERSISTENCIA DE DOLOR EN ZONA YA DESCRITA

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-07-22 | 10:25 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ | 1312542051 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-07-22 | 10:25 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ | 1312542051 |       |

