

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OBANDO	BARRE	NORA MAGDALENA	10	06	1975	49 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	1307895571	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE 14 DE AGOSTO y SN	099-583-9176 /
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	1307895571	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Reumatología	2025	03	05
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 DE 49 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, AQX: CESÁREA (3), AA: REACCIÓN ADVERSA A NITROFURANOÍNA. ACUDE POR CLÍNICA DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN, APROXIMADAMENTE 7 AÑOS, QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR ARTICULAR EN RODILLA DERECHA QUE SURGE A RAÍZ DE ACCIDENTE EN MOTO. REFIERE QUE SE SUMA DOLOR ARTICULAR INCAPACITANTE EN RODILLA IZQUIERDA HACE 2 AÑOS, NO REFIERE CAUSA APARENTE. REFIERE HABERSE ENCONTRADO EN TERAPIA FÍSICA DURANTE 12 DÍAS HACE 5 MESES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO//0995839176//0996598133

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RADIOGRAFÍA DE RODILLA IZQUIERDA Y DERECHA 21/02/2025: SE OBSERVA REDUCCIÓN DE ESPACIO ARTICULAR EN AMBAS RODILLAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS POSTRAUMATICA DE OTRAS ARTICULACIONES	M191	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-05	15:13	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-03-05	15:13	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

