

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	CARMEN AUDREY	07	07	1972	53 años, 10 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307936268	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	096-402-6668 /
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	1307936268	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	05	14
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 FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, QUIEN ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR PERSISTENTE EN RODILLA IZQUIERDA DE APROXIMADAMENTE MÁS DE UN MES DE EVOLUCIÓN, ASOCIADO A LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON DOLOARTROSAMIN DURANTE 5 DÍAS SIN MEJORÍA CLÍNICA SIGNIFICATIVA. A PESAR DEL TRATAMIENTO INSTAURADO, PERSISTE LA SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA, CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COTIDIANAS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE RODILLA IZQUIERDA, SIN OTROS SIGNOS DE ALARMA REFERIDOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-14	13:50	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-05-14	13:50	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

