

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	FIGUEROA	RUBEN ELI	13	04	1974	52 años, 1 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308032612	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	099-938-3444 /
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	1308032612	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	12
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 ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE DIABETES MELLITUS. REFIERE DOLOR INTENSO EN RODILLA DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN, DE CARÁCTER MECÁNICO, PROGRESIVO, QUE LIMITA LA DEAMBULACIÓN Y LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS. AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA CREPITACIÓN ARTICULAR MARCADA DURANTE LA MOVILIZACIÓN DE LA RODILLA, DOLOR A LA PALPACIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL. SE REALIZA RADIOGRAFÍA DE RODILLA EN LA QUE SE EVIDENCIAN CAMBIOS DEGENERATIVOS COMPATIBLES CON ARTROSIS, CON DESGASTE IMPORTANTE DEL ESPACIO ARTICULAR. DURANTE LA CONSULTA SE REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA; SIN EMBARGO, EL PACIENTE REFIERE HABER LLEGADO CAMINANDO AL ESTABLECIMIENTO Y NO HABER REALIZADO REPOSO PREVIO A LA TOMA DE LA PRESIÓN, POR LO QUE SE RECOMIENDA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CIFRAS TENSIONALES. SE REFIERE A TRAUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y DEFINICIÓN DE MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M159		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	11:29	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-06-12	11:29	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

