

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CALDERON	JASINTO BENEDICTO	05	06	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	1308726486	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	MTA PALO DENTRO y	000-000-0000 /
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	1308726486	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	08	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR CLAUDICACIÓN INTERMITENTE Y DOLOR LOCALIZADO EN REGIÓN DE CADERA IZQUIERDA, CON IRRADIACIÓN HACIA MUSLO, PIERNA Y HASTA TOBILLO IPSILATERAL, DE PREDOMINIO DURANTE LA MARCHA Y AL REALIZAR ESFUERZO FÍSICO. REFIERE QUE EL CUADRO INICIÓ POSTERIOR A ACCIDENTE EN MOTOCICLETA, SIN HABER RECIBIDO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEFINITIVO. MANIFIESTA DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN, LIMITACIÓN FUNCIONAL Y DOLOR PROGRESIVO QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. DURANTE LA CONSULTA SE EVIDENCIA MARCHA CLAUDICANTE, COJERA E IRREGULARIDAD POSTURAL. TELEFONO: 0967320541

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA RADIOGRAFÍA DE CADERA IZQUIERDA EN LA CUAL SE OBSERVA ALTERACIÓN DE LA CABEZA Y CUELLO FEMORAL, COMPATIBLE CON SECUELA DE LESIÓN TRAUMÁTICA Y POSIBLE FRACTURA ANTIGUA CONSOLIDADA EN MALA POSICIÓN, CON SOSPECHA DE CAMBIOS DEGENERATIVOS POSTRAUMÁTICOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA COXARTROSIS POSTRAUMATICA	M165		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	12:54	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	

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
2026-08-04	12:54	Medicina General	DENISSE VANINA VELEZ UTRERAS	1313903682	

