

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ESPINOZA	FRELLA ESTHER	21	01	1976	49 años, 1 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309635421	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE y	098-017-4787 /
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	1309635421	RICAURTE	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		2025	02	26
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 48 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, APF PADRE DIABÉTICO MADRE HIPOTIROIDEA E HIPERTENSA, TÍAS CON OSTEOMIELITIS, APQ TRAUMATOLÓGICA DE RODILLA EN LA NIÑEZ ACUDE A LA UNIDAD POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR EN MÁS DE 2 ARTICULACIONES DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, QUE SE EXACERBA CON EL CLÍMA FRÍO. AL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO, PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, SE EVIDENCIA DOLOR A NIVEL DE ARTICULACIÓN DEL HOMBRO Y RODILLA DERECHA. RODILLA IZQUIERDA NO SE FLEXIONA DEBIDO A CIRUGÍA, PACIENTE REFIERE QUE DOLOR NO CEDE PESE A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. RESTO DE EXAMEN FÍSICO NORMAL. SE SOLICITA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGÍA CONVENCIONAL : RX AP DE PELVIS. SE OBSERVA ASIMETRÍA DE AMBAS PELVIS CON PERDIDA DEL ESPACIO INTERARTICULAR DERECHO Y SE OBSERVA AUSENCIA DE CABEZA FEMORAL IZQUIERDA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA COXARTROSIS POSTRAUMATICA	M165		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-26	08:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-02-26	08:27	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

