

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	SOLEDISPA	EDGAR EDUARDO	09	07	1978	47 años, 2 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309659645	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ENTRADA A MACONTA y	095-950-6648 /
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	1309659645	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	10	02
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

USUARIO QUE ACUDE SOLO, REFIERE QUE DESDE HACE VARIOS AÑOS (DESDE EL 2016) PRESENTA POLIARTRALGIAS CON MAYOR AFECTACIÓN DE RODILLAS Y TOBILLOS Y FINALMENTE COLUMNA VERTEBRA, HA RECIBIDO ATENCIÓN POR PART DE REUMATOLOGÍA REALIZANDO TRATAMIENTO SIN EMBARGO CONTINUA CON SÍNTOMAS QUE AFECTAN VARIAS ARTICULACIONES , EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 DE REUMATOLOGÍA EN EL CUAL SE DIAGNOSTICA PATOLOGÍA Y SE DESTACA SECUELAS, SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN ADEMÁS DE LA NECESIDAD DE EVALUACIÓN CON TRAUMATOLOGÍA Y FISIATRÍA YA QUE EN ANEXO SE MENCIONA DIAGNOSTICO DE GONARTROSIS POR LO QUE SE HARÁ REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GONARTROSIS G II - RX CADERAS: SACROILEITIS BILATERAL - RX DE PIES: PINZAMIENTOS IRREGULARES EN ÍTER FALANGES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	10:26	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 FIRMA Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-02	10:26	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	