

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SEVILLANO	REALPE	MARIA ROSARIO	15 día	10 mes	1978 año	46 años, 8 meses, 2 días a-m-d	Mujer 1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310475718	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	NN y	093-996-9148 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/ Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

0939969148
Esposo → 0963626171.

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	1310475718	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Consulta externa	Fisiatría	2025	06	17
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

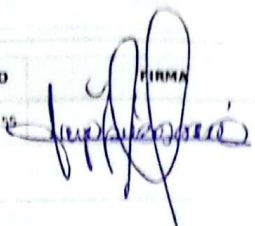
ADULTA MEDIA SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES NI METABÓLICOS, ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD VENOSA PERIFÉRICA, ARTROSIS, CON HISTERECTOMIA RADICAL CON OOFERECTOMIA BILATERAL. PCT REFIERE DOLOR A NIVEL LATERAL DE PIERNA DERECHA POR DEBAJO DE LA RODILLA. PCT SIENTE INESTABILIDAD AL CAMINAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX ADJUNTAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INESTABILIDAD CRONICA DE LA RODILLA	M235	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-17	10:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐**1. Datos Institucionales**

Entidad del Sistema	Hls.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
2025-06-17	10:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155	