

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	SUAREZ	WASHINGTON GONZALO	02	03	1984	42 años, 2 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310626906	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMILO GILER y	099-764-7355 /
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	1310626906	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	05	13
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 QUE ACUDE A CS, MENCIONA QUE HACE 2 MESES PRESENTO DOLOR A NIVEL DE LA RODILLA DERECHA, ESTABA REALIZANDO DEPORTE CUANDO EMPEZO LA MOLESTIA, PRESENTA EDEMA, CALOR, DOLOR QUE LIMITA LA MOVILIDAD, HACE 4 DIAS ESTABA CAMINANDO Y SINTIO UN DOLOR TIPO QUEMAZON EN PIE DERECHO Y LUEGO YA NO PUSO MANTENERSE SOBRE EL. MENCIONA QUE HA VISITADO SOBADORES SE REALIZO ULTRASONIDO Y RADIOGRAFIA DESCRITA EN EXAMENES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : SIGNOS RADIOGRAFICOS DE OSTEOPOROSIS ASOCIADOS A CAMBIS DEGENERATIVOS DE LA RODILLA. ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO PATELOFEMORAL Y EL ESPACIO ARTICULAR DESCARTAR HEMARTROSIS CUERPOS LIBRES INTRAARTICULARES SE SUGIERE ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS RM ULTRASONIDO: HALLAZGOS COMPATIBLES CON HEMARTROSIS SUPRAPTELAR CON EXTENSION HACIA REGION MEDIAL DE LA RODILLA. CUERPOS LIBRES CALCIFICADOS INTRAARTICULARES EN REGION POPLITEA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMARTROSIS	M250		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	11:00	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-05-13	11:00	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

