

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	MOLINA	JOSE GREGORIO	02	06	1987	37 años, 8 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312309139	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	MUNICIPAL y SN	099-548-1089 /
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	1312309139	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	02	18
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

APP DISCAPACIDAD FISICA 30% DISPLASIA DE CADERA. APQ: RECONSTRUACION DE ROTULA HACE 14 AÑOS POSTERIOR A TRAUMATISMO FRACTURA DE HUMERO DX: ARTOSIS DEGENERATIVA FEMORAL DERECHA. CUADRO CLINICO CARACTERIZA POR DOLOR DE ARDOR Y PUNZANTE ARTICULACION DE RODILLA DERECHA DESDE HACE MAS O MENOS 3 AÑOS APARECEN SINTOMAS, HACE 6 MESES EL DOLOR SE PRESENTA CON MAYOR INTENSIDAD Y CON MAYOR PREDOMINIO CUANDO SE MANTIENE EN BIPEDESTACION. EXAMEN FISICO: ACORTAMIENTO DE PIERNA DERECHA DE MAS O MENOS 4 CM, CRUJIDO Y CHASQUIDO, LIMITA REALIZAR FLEXION 30%. RADIOGRAFIA: DISMINUCION IMPORTANTE DE BORDE INTERNO DE RODILLA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA: DISMINUCION IMPORTANTE DE BORDE INTERNO DE RODILLA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	13:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-02-18	13:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	