

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	DELGADO	DARIO BENITO	15	04	1983	41 años, 11 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312347337	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	EL CONTENIDO y	099-176-6781 /
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	1312347337	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología		2025	03	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

PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA, ACUDE POR DOLOR EN RODILLA DERECHA HACE 15 DIAS APROXIMADAMENTE REFIERE ACUDIR A MEDICO ESPECIALISTA (TRAUMATOLOGO) DONDE LE ENVIARON TRATAMIENTO CON DOLOKETRAL EN AMPOLLAS 3 IM, Y CELECOXIB 200MG C/12H POR 5 DIAS, TRAMADOL EN GOTAS 12 GOTAS C/12 H SIN EMBARGO CUADRO PERSISTE E INCLUSO PACIENTE REFIERE QUE DOLOR HA AUMENTADO DE INTESIDAD. NIEGA CAIDAS O TRAUMA RECIENTE. AL MOMENTO PACIENTE CON DOLOR QUE DIFICULTA LA MOVILIDAD EVA 8/10. TRAE RX EN SU CELULAR DONDE SE EVIDENCIA DESGASTE OSEO CON DISMINUCION DEL ESPACIO ARTICULAR, SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD REUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PORTA RX EN SU CELULAR DONDE SE EVIDENCIA DESGASTE OSEO CON DISMINUCION DEL ESPACIO ARTICULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO	M239	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	12:11	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-03-18	12:11	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	