

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
CEVALLOS		ALCIVAR		MARIANA DEL JESUS		18	3	1947	77	H
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1312856857		MANABI	CHONE	SAN ANTONIO		0963929704 (NIETA)		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS		PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR	

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1312856857	CENTRO DE SALUD CHONE		C	13D07		
REFIERE O DERIVA A:					FECHA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA	31	10	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1 ☐	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesional	2 ☐	Otros/ Especifique	5 ☒
Falta de profesional	3 ☒	EVALUACIÓN PREVIA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA ADULTA MAYOR QUE ACUDE EN SILLA DE RUEDAS ACOMPAÑADA DE ESPOSO QUIEN REFIERE EN HACE APROXIMADAMENTE 15 AÑOS LE DIAGNOSTICARON GONARTROSIS BILATERAL, ADEMAS REFIERE QUE LA USUARIA PRESENTA CEGUERA BINOCULAR COMO SECUELA DE COMPLICACIONES DE ENFERMEDAD DE BASE (DIABETES MELLITUS TIPO 2) , TIENE DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA, EL DÍA DE HOY NO TRAE ANEXO 2 O INFORMACIÓN MEDICA ESPECIALIZADA QUE INFORME LO YA MENCIONADO.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1 GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M170	X	
2 OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS	R268		X
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL: DR. RENATO LEONES CÓDIGO MSP 1737 FIRMA

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--	--	--	--

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--

5. DIAGNOSTICO

	CIE -10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

--	--	--	--

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA