

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |         |                  |                          |                                  |                           |                                  |                                    |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |  |
|---------------------------------------|---------|------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |         | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA                 | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                                    | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |      |                         |   |   |   |  |
| MSP                                   |         | 1271             | CENTRO SALUD SAN BARTOLO |                                  | A                         | 1314183342                       |                                    | 1314183342                                              |                  |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       |         | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |                           | SEGUNDO NOMBRE                   |                                    | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| MACIAS                                |         | ZAMBRANO         |                          | JOSE                             |                           | RAMON                            |                                    | M                                                       | 04/03/41         | 83   | H                       | D | M | A |  |
|                                       |         |                  |                          |                                  |                           |                                  |                                    |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |         |                  |                          | REFERENCIA                       |                           | X                                | DERIVACIÓN                         |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |  |
| 0999745854                            |         |                  |                          |                                  |                           |                                  |                                    | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |         |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |         |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |                           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN  |                  | PARROQUIA                |                                  | 3. Falta de equipamiento. |                                  |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         | X |   |   |  |
| MANABI                                | BOLIVAR |                  | CALCETA                  |                                  | 4. Equipos en mal estado. |                                  |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |         |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |                           |                                  |                                    |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                                  |  |                  |  |               |  |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|------------------|--|---------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD  |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | CONSULTA EXTERNA |  | TRAUMATOLOGIA |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR DE 83 AÑOS CON APP DE HTA + DISCAPACIDAD FISICA DEL 40% ACUDE EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA QUIEN ES ADULTA MAYOR A CONTROL DE ECNT, AL MOMENTO REFIERE DOLOR ARTICULAR EN RODILLA DERECHA CON PROGRESION A ARTICULACION CONTRALATERAL, LO CUAL DIFICULTA LA MARCHA, EL DOLOR SE PRESENTA DURANTE LA MARCHA Y SE LOCALIZA EN AMBAS RODILLAS. AL EXAMEN FISICO IMPRESIONA PECTUS EXCAVATUM, DEFORMIDAD EN GENU VARO, NO EDEMA NO INFLAMACION DE RODILLAS NI MIEMBROS INFERIORES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LABORATORIOS DEL 15/01/25: HB 12.7 HTO 37.4 VCM 83, GLUCOSA 102, CREATININA 1.15, TGO 29, TGP 23, COLESTEROL 227 MG/DL, TRIGLICERIDOS 377 MG/DL, ASTO -, COPROLOGICO NO PATOLOGICO, RX DE RODILLAS AP Y LATERAL: SE EVIDENCIA GONARTROSIS BILATERAL GRADO 4

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO                 | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|---------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL |                 | M170 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. |                                 |                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                                 |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 23/01/25                              | 12:00:00        | GABRIEL       |  | INTRIAGO        |  | ZAMBRANO         |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FRMA          |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1310605587                            |                 |               |  |                 |  |                  |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |  |    |  |    |  |                        |  |    |  |    |  |
|------------------------|--|----|--|----|--|------------------------|--|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA |  | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | SI |  | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA       |  |    |  |    |  | REFERENCIA INVERSA     |  |    |  |    |  |