

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VARGAS	GREDY RUBEN	16	09	1953	72 años, 0 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315858827	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA SAN ANTONIO y LA PLAYITA	098-727-5076 /
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	1315858827	SAN ANTONIO	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		2025	10	08
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 DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 45%, ACUDE CON HERMANA, ACUDE PARA CONTROL MEDICO, PACIENTE PIERDE CITA CON ESPECIALIDAD DADA EN CONTROL ANTERIOR. REFIERE HERMANA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA INTERMITENTE EN LAS ULTIMAS SEMANAS, TAMBIEN REFIERE POLIARTRALGIAS DE LARGA DATA, NIEGA OTRAS SINTOMATOLOGIA. PACIENTE ACUDE CON RX EN CONTROL PASADO EN LA QUE SE EVIDENCIA: RX SE OBSERVA ESCLEROSIS SUBCONDRAIL BILATERAL Y OSTEOFITOS . AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION LUMBAR Y EN ARTICULACION DE HOMBRO DERECHO, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX SE OBSERVA ESCLEROSIS SUBCONDRAIL BILATERAL Y OSTEOFITOS . NUMERO: 0987275076 / 0990563275

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
COXARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	M160		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	12:15	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-10-08	12:15	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	