

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	MONTALVAN	MIRIAN CONSUELO	02	08	1955	69 años, 6 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1705869939	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	SN y SN	022-222-2222 / (02)-222-2222
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/ Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

0968931512
0989974245

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1705869939	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13005 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						
MSP	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	02	27
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PCT CON TENSION ARTERIAL ALTA, NO TOMA MEDICAMENTOS DE MANERA IRREGULAR LOSARTAN 50MG VO QD. AL MOMENTO DOLOR LUMBAR, SE ENVIA AINES QD X 3 DIAS. NO SINGOS DE BANDERA ROJA PARA LUMBAGO. PCT CON GONARTROSIS BILATERAL GRADO 2 QUE REQUIERE VALORACION POR TRAUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE REALIZAR RX DE RODILLAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA

CIE-10
M179

PRE
X

DEF

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2025-02-27	11:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155

FIRMA


III. CONTRAREFERENCIA / REFERENCIA INVERSA

Dr. Diego Zambrano A.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA
Reg. Senescyt: 1027-2017-1803673
MSP: 1311757155

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Mis. Clínica 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 clínico

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
2025-02-27	11:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIEGO ARMANDO ZAMBRANO ALCIVAR	1311757155	