

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	MUÑOZ	CASILDO ISMAEL	10	07	1953	72 años, 10 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	1706188206	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	LA GUAYABA y SR	099-969-9952 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/ Area
MSP	1706188206	FRUTILLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	05	13
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 ADULTO MAYOR CON APP DE HTA CONTROLADA LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS ,REFIERE COMO FECHA REAL HACE 4 AÑOS PRESENTA DOLOR Y DEFORMIDAD DE RODILLA IZQUIERDA CON ROTACIÓN EXTERNA , QUE LE DIFICULTA LA DEAMBULACIÓN ,LO CUAL LA HA PRODUCIDO POR VARIAS OCASIONES CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA ,SU TRABAJO ES EN LA AGRICULTURA,Y FECHA APARENTE DESDE HACE 1 SEMANA PRESENTA DOLOR QUE NO LE PERMITE LA DEAMBULACIÓN ,NIEGA ALGÚN OTRO SÍNTOMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE RODILLA EN LA IZQUIERDA SE EVIDENCIA ESTRECHEZ DEL EL ESPACIO ENTRE EL FEMUR Y TIBIA ,AUMENTO DE LA DENSIDAD OSEA Y CRDCIMIENTOS OSEO QUE SOBRESALEN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	M179		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	08:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIGNA AURENTINA MORA VINCES	1009-13-1216723	

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
2026-05-13	08:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIGNA AURENTINA MORA VINCES	1009-13-1216723	