

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEÑARRIETA	PETER	FELIX AGAPITO	20	11	1961	64 años, 7 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1710772441	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	CHIBUNGA y	099-974-3412 / (99)-999-9999
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	1710772441	CHIBUNGA	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		2026	06	30
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 CON ANTECEDENTE DE TRAUMA SEVERO EN MIEMBROS INFERIORES DEBIDO A ACCIDENTE DE MOTOCICLETA HACE APROXIMADAMENTE 6 AÑOS, EL CUAL NO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA EN SU MOMENTO. ACTUALMENTE EVOLUCIONA CON CUADRO DE LUMBALGIA CRÓNICA DE LARGA DATA ASOCIADO A DOLOR MECÁNICO SEVERO EN CADERA IZQUIERDA QUE SE EXACERBA CON EL ESFUERZO FÍSICO, LA BIPEDESTACIÓN PROLONGADA Y LA HISTORIA LABORAL DE CARGA DE OBJETOS PESADOS. EL CUADRO SE COMPAÑA DE DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA FUERZA MUSCULAR BILATERAL EN EXTREMIDADES INFERIORES, ATROFIA CRÓNICA DE LA MUSCULATURA DE LA PIERNA DERECHA, LIGERO ACORTAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA Y MARCHA CLAUDICANTE PRONUNCIADA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA PARA LA DEAMBULACIÓN. SE REVISAN ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS ACTUALES (2026-06-29) DONDE SE EVIDENCIA COXARTROSIS SEVERA GRADO IV POSTRAUMÁTICA EN CADERA IZQUIERDA CON COLAPSO DE LA CABEZA FEMORAL, BASCULACIÓN PÉLVICA COMPENSATORIA, ESCOLIOSIS LUMBAR DE CONVEXIDAD IZQUIERDA Y ESPONDILOARTROSIS LUMBAR DIFUSA CON SEVERO PINZAMIENTO DISCAL L4-L5 Y L5-S1. SE REFIERE A SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y DETERMINACIÓN DE CANDIDATURA A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA IZQUIERDA. SE RECOMIENDA FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL. POR LA IMPORTANTE LIMITACIÓN FUNCIONAL EVIDENCIADA, SE SUGIERE VALORACIÓN PARA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INFORME RADIOLÓGICO (NO OFICIAL) RX DE PELVIS AP HALLAZGOS: DESTRUCCIÓN, APLANAMIENTO Y COLAPSO SEVERO DE LA CABEZA FEMORAL IZQUIERDA CON PÉRDIDA TOTAL DEL ESPACIO ARTICULAR, ESCLEROSIS Y OSTEOFITOS GIGANTES. CADERA DERECHA CONSERVADA. SE APRECIARÁ MARCADA BASCULACIÓN PÉLVICA ASIMÉTRICA. CONCLUSIÓN: COXARTROSIS SEVERA GRADO IV EN CADERA IZQUIERDA, DE ORIGEN POSTRAUMÁTICO / SECUELA DE NECROSIS AVASCULAR AVANZADA. RX DE COLUMNA LUMBOSACRA AP Y LATERAL HALLAZGOS: ESCOLIOSIS LUMBAR DE CONVEXIDAD IZQUIERDA COMPENSATORIA A LA ASIMETRÍA DE LA PELVIS. ESPONDILOARTROSIS DIFUSA CON OSTEOFITOS MARGINALES Y DISMINUCIÓN CRÍTICA DE LOS ESPACIOS INTERVERTEBRALES L4-L5 Y L5-S1. CONCLUSIÓN: ESPONDILOARTROSIS LUMBAR SEVERA CON DISCOPATÍA AVANZADA L4-L5 Y L5-S1. ESCOLIOSIS SECUNDARIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA COXARTROSIS POSTRAUMATICA	M165	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	09:09	Medicina Rural	JHON ELIAS REA CACOANGO	0605451830	

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
2026-06-30	09:09	Medicina Rural	JHON ELIAS REA CACOANGO	0605451830	