

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CEDEÑO	LUIS ALEJANDRO	14	12	1974	50 años, 2 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307512929	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SN y	098-417-4730 / (00)-000-0000
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	1307512929	CUCUY		CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	03	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 MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ALERGIAS: (AINES) . ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR DOLOR Y EDEMA EN RODILLA DERECHA TRAS SUFRIR CAIDA MIENTRAS JUGABA FUTBOL HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES, Y EL DOLOR Y EDEMA NO CEDEN AL MOMENTO DE LA MOVILIZACION O REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. SE SOLICITA RX DE RODILLA, PARA SU RESPECTIVA VALORACION , AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, CONCIENTE, ORIENTADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA RX DE RODILLA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN LOS LIGAMENTOS LATERALES (EXTERNO) (INTERNO) DE LA RODILLA	S834	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-13	08:06	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	

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
2025-03-13	08:06	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	