

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		4443	CS ROCAFUERTE		B	1317216149		1317216149						
PRIMER APELLIDO		LOOR		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO		VERGARA		JOSSELYN		INMACULADA		F	2012-12-07	13	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0978939315/0978609966									6. Problemas de abastecimiento.					
									7. Insuficiencia de profesionales.					
									8. Inadecuada capacidad resolutive					
									9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA									
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO HOSPITAL ESPECIALIDADES		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		FISIATRIA	

Paciente femenina de 13 años que acude por dolor en rodilla derecha de 4 días de evolución. Refiere inicio posterior a episodio en el que, estando sentada, al ponerse de pie perdió el equilibrio. Acudió a emergencia donde le prescribieron: ketorolaco ampolla STAT, prednisona por 5 días, complejo B (Neurobión) VO diario e ibuprofeno 400 mg cada 8 horas. Antecedente de lesión en la misma rodilla hace un año durante actividad física (correr). Presenta ecografía (20/02/2025) con conclusión: meniscitis colateral lateral y tendinitis colateral lateral en rodilla derecha. Inspección: presencia de signos de inflamación Palpación: dolor presente Rango de movimiento: ligeramente limitado Pruebas especiales: Lachman: negativo McMurray: negativo . Plan: Reposo relativo (evitar actividad física de impacto).Continuar AINEs por corto tiempo según dolor, Suspender corticoides sistémicos al completar esquema indicado Aplicación de hielo local 2-3 veces al día. Amerita valoración por especialidad Referencia a fisiatría para: Rehabilitación dirigida Fortalecimiento muscular (cuádriceps y estabilizadores).

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Presenta ecografía (20/02/2025) con conclusión: meniscitis colateral lateral y tendinitis colateral lateral en rodilla derecha.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ENTESOPATIA, NO ESPECIFICADA		M779		X	4.			
2.	INESTABILIDAD CRONICA DE LA RODILLA		M235		X	5.			
3.	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO		M239		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
25/03/2026	10:55 AM	LEIDY		MANZO		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310900947							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA					REFERENCIA INVERSA										

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	