



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	001414	Canuto	CS	1317760153							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Ramirez	Veliz	Patricia	Nayeli	M	24-12-2001	23	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
099-930-6941		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130352	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Traumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA. NUMERO DEREFERENCIA: 0999306941 APP: SINOVITIS EN RODILLA DERECHA. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: 2 CESAREAS HACE 7 AÑOS Y 2 AÑOS-SALPINGECTOMIA BILATERAL- SINOVECTOMIA ARTROSCOPICA DE RODILLA DERECHA HACE UN MES. APF: MADRE CON HIPERTENSIONARTERIAL. PACIENTE REFIERE QUE LE REALIZARON SINOVECTOMIA ARTROSCOPICA DE RODILLA DERECHA HACE UN MESAPROXIMADAMENTE EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS- POR MOTIVO DE CAMBIO DE DOMICILIO SOLICITA CONTROL Y SEGUIMIENTO DETRATAMIENTO POR TRAUMATOLOGIA- ACTUALMENTE PRESENTA HINCHAZON EN ARTICULACION DE RODILLA DERECHA CONIMPOSIBILIDAD DE FLEXION- HERIDA QUIRURGICA SIN SIGNOS DE INFECCION- ACUDE CON EXAMENES DE LABORATORIO Y CONCULTIVO DE LIQUIDO ARTICULAR REALIZADO EL 16 DE DICIEMBRE DEL 2024: GRAM(NO SE OBSERVA MICROORGANIS MOS) CULTIVO(SIN CRECIMIENTO BACTERIANO) ANTIBIOGRAMA (NO SE JUSTIFICA). DIAGNOSTICO: RODILLA DERECHA- SINOVITIS VILLONODULARPIGMENTADA. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE CONSCIENTEORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- AFEBRIL A LA CONS ULTA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA DE TRAUMATOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

MICROBIOLOGIA: CULTIVO DE LIQUIDO ARTICULAR REALIZADO EL 16 DE DICIEMBRE DEL 2024: GRAM(NO SE OBSERVAMICROORGANIS MOS) CULTIVO (SIN CRECIMIENTO BACTERIANO) SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEU 14.27. HEMOGLOBINA13. HTO 40.4. PLAQ 377. GLUCOSA 97. VDRL NO REACTIVO. HIV NO REACTIVO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Sinovitis Y Tenosinovitis No Especificada	M659	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-31	09:05	Diana	Delgado	Rodríguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1351725732				

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	