



| 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        | Hospital Basico De Calceta - Anibal Gonzales Alava |      | HB                                                      | 1315947109                       |                         |                   |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                                     | SEXO | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD                             | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |                   |   |   |   |  |
|                                                             |                  |               |                                                    |      |                                                         |                                  | H                       | D                 | M | A |   |  |
| Solorzano                                                   | Sanchez          | Jefferson     | Eudesio                                            | H    | 31-01-1998                                              | 27                               |                         |                   |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |               | REFERENCIA                                         |      | DERIVACIÓN                                              |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
| 0969479942                                                  |                  |               | X                                                  |      |                                                         |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |               | 1. Accesibilidad geográfica.                       |      | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
|                                                             |                  |               | 2. Falta de espacio físico.                        |      | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   |                  |               | 3. Falta de equipamiento.                          |      | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                  | X                       |                   |   |   |   |  |
| CANTÓN                                                      |                  |               | 4. Equipos en mal estado.                          |      | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
| PARROQUIA                                                   |                  |               | 5. Problemas de infraestructura.                   |      |                                                         |                                  |                         |                   |   |   |   |  |
| 13                                                          |                  |               | 1302                                               |      | 130250                                                  |                                  |                         |                   |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD QUE SUFRIÓ HACE 2 AÑOS DE UN TRAUMA DE RODILLA IZQUIERDA -CON RESONANCIA QUE INFORMA ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADOS ILIGAMENTOS |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| RMN. ROTURA TALL DEL 50% DEL LIG. CRUZADO ANTERIOR-LESION DE LIGAMENTOS-MENISCO LATERA |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                                                  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.             | Esguinces Y Torceduras Que Comprometen El Ligamento Cruzado (Anterior) (Posterior) De La Rodilla | S835            | X               | 4.  |     |     |     |     |     |
| 2.             |                                                                                                  |                 |                 | 5.  |     |     |     |     |     |
| 3.             |                                                                                                  |                 |                 | 6.  |     |     |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-05-12                            | 10:51        | Brissa        | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |