



| 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-A                             | 1308723780                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Velasquez                                                   | Mendoza          | Wilton                       | Inocensio                        | H                                                       | 28-12-1975        | 49   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| 096-335-2354                                                |                  | X                            |                                  | MOTIVO                                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |                  | 2. Falta de espacio físico.  |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                                      |                  | 3. Falta de equipamiento.    |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                                                   |                  | 4. Equipos en mal estado.    |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |
| 13                                                          | 1303             | 130352                       | 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 MASCULINO DE 49 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR CRÓNICO DE RODILLA DE LARGA DATA-DE INTENSIDAD PROGRESIVA- QUE ACTUALMENTE LE IMPOSIBILITA LA DEAMBULACIÓN NORMAL. REFIERE ANTECEDENTE DETRAUMATISMO DIRECTO A NIVEL DE RODILLA TRAS CAÍDA DE UNA MULA HACE VARIOS AÑOS- POSTERIOR A LO CUAL NO ACUDIÓ AVALORACIÓN MÉDICA NI RECIBIÓ TRATAMIENTO CONVENCIONAL- REALIZANDO ÚNICAMENTE MANEJO MEDIANTE MÉTODOS NATURISTAS.DESDE ENTONCES EL CUADRO HA PRESENTADO EVOLUCIÓN TÓRPIDA CON EMPEORAMIENTO PROGRESIVO. ACTUALMENTE REFIERE EPISODIOS FRECUENTES DE INESTABILIDAD ARTICULAR- DESCRIBIENDO QUE SE LE VA LA RODILLA?- ASÍ COMO LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA CON IMPOSIBILIDAD PARA LA FLEXIÓN COMPLETA DE LA ARTICULACIÓN. EL DOLOR ES DE TIPO MECÁNICO- SE EXACERBA CON LA CARGA- LA MARCHA Y LOS MOVIMIENTOS DE FLEXOEXTENSIÓN- Y SE IRRADIA HACIA REGIÓN LUMBAR-DIFICULTANDO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA PACIENTE ÁLGICO- CON MARCHA ANTÁLGICA- LIMITACIÓN MARCADA DEL RANGO DE MOVIMIENTO DE RODILLA Y DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN- PERMANECE COLABORADOR. SE INDICA REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN Y MANEJO INTEGRAL. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| SN                                                                |

| E. DIAGNÓSTICO                                     | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Trastorno Interno De La Rodilla No Especificado |                                    | M239 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.                                                 |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                                 |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-12-20                            | 09:37        |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |

| 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<br>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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |