



| 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           | Bachillero                   | CS-A                             | 1315349231                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Lopera                                                      | Rodriguez        | Valentina                    | Damaris                          | M                                  | 03-03-2002                                              | 23   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                              |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                   |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 09863688300                                                 |                  | 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                                                          | 1315             | 131551                       | 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 FEMENINO DE 23 AÑOS DE EDAD- SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA- RREFIERE QUE APROXIMADAMENTE 3 MESES SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DONDE RESULTA CON DOLOR EN AMBAS RODILLAS DE INTENSOO DOLOR QUE SEDE PROGRESIVAMENTE CON ANALGESICO- REFIERE QUE HACE 2 DIAS VUELVE A PRESENTAR DOLOOR INTENSO QUE LE DIFICULTA LA DIAMBULACION Y QUE SE AYUDADA CON MULETAS . |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| AL EXAMEN FÍSICO- PRESENTA DDOLOR EN AMBAS RODILLAS               |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO      | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Otros Trastornos Internos De La Rodilla | M238 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                         |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                         |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-01-23                            | 10:24           | Yandry        | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |                 |               |                 |                  |

| 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 |
| MSP                                                                            |           |                          | CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 1309003570                       |                   |

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

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD       | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | Centro De Salud Tipo C (Chone) | 13D07    | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Evolucion: .Se Sugiere Realizar Laboratorio- Se Agenda Pedido De Ecografia Tiroidea- Se Sugiere Levotiroxina 112 Mcg Al Dia .

| F. DIAGNÓSTICO |                                             | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Hipotiroidismo Consecutivo A Procedimientos |                                    | E890 |     | X   | 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           |                  |
| 1310932148                            |                 |               |                 |                  |