



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	Convento	CS-A	1316790177								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Hidalgo	Marcillo	Anthony	Steeven	H	31-07-2006	19	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
0994708072		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130353	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	Fisiatria

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD SE REALIZA ATENCION EN DOMICILIO EN COMPAÑIA DE S U MADRE- REFIERE QUE SEREALIZO PROCEDIMIENTO 09/04/26: ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA + PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR +REMODELACIÓN DE MENISCO LATERAL- EL CUAL CONCLUYE SIN COMPLICACIONES DERIVADO DESDE EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILACORDOVA A HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN ANTONIO DE PADUA- TRATMIENTO ENVIADO: INDICACIONES DE ALTA/EGRESOCEFADROXILO 500MG TABLETAS: TOMAR 1 TABLETA VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS- ETOXICORIB 90 MG TABLETAS: TOMAR 1TABLETA VÍA ORAL UNA VEZ AL DÍA POR 10 DÍAS- OMEPRAZOL 20 MG TABLETAS: TOMAR 1 CáPS ULA VÍA ORAL EN AYUNAS UNA VEZ AL DÍA POR 10 DÍAS- ASPIRINA 100 MG TABLETAS: TOMAR 1 TABLETA VÍA ORAL UNA VEZ AL DÍA POR 15 DÍAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE- ALERTA- ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS- GLASGOW15/15- AFEBRIL- BUEN PATRÓN RESPIRATORIO- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- CON MANEJO ADECUADO DEL DOLOR- DIURESIS CONSERVADA- SIN COMPLICACIONES APARENTES HASTA EL MOMENTO. ANALISIS: PACIENTE POSTQUIRURGICO DE RODILLA IZQUIERDA EN NESIDAD DE VALORACION POR FISIATRIA PARA REHABILITACION. PLAN: SE REALIZA EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA- HABITOS DE VIDA SALUDABLE- SE REALIZA REFERENCIA A FISIATRIA PARA TRATAMIENTO Y MANEJO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
LAS ARTICULACION DE LA RODILLA IZQUIERDA TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO DIS MINUIDA- NO SE DETECTAN DEFORMIDADES- SENSIBILIDAD NI MALFORMACIONES TIENEN ASPECTO COLOR TAMAÑO Y TEMPERATURA NORMAL- SE APRECIAN CICATRICEZ POSTQUIRURGICA EN REGION LATEARAL Y MEDIAL DE RODILLA IPSILATERAL- NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUÍAS- CIANOSIS NI EDEMAS.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Secuelas De Herida De Miembro Inferior		T930	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-28	07:31	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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	1316790177	
-----	--	--	--------------------	------------	--

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	Convento	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Plan:

Pautas De Cuidados Y Ergonomia

Pautas De Prevencion De Caidas

Antinflamatorios Vo Pm

Solicita Referencia Inversa Ya Que Refiere Realizara Terapia Fisica En Patronato De Convento Por Ser Domiciliado Alla.

Terapia Fisica 30 Sesiones: Reeduccion Postural ? Compresas Quimicas Frias ? Electroestimulacion ? Ejercicios Activos De Flexoextension De Rodilla De Inicio Gentil- Progresivo Sin Generar Dolor ? Ejercicios De Fortalecimiento Isometrico De Cuadriceps ? Reeduccion De La Marcha.

Control Evolutivo

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Desgarro De Meniscos Presente		S832		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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311934234				