



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	1303415549								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Cabal		Anchundia		Nelson		Nebran		H	21-03-1959	67	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
099-256-7016				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		X				
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	Traumatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR DOLOR EN RODILLA DERECHA DE TIPO OPRESIVO-PULSÁTIL- INTENSIDAD 7/10 SEGÚN EVA- DECÁRTER CONTINUO- QUE SE EXACERBA CON LA FLEXIÓN Y LIMITA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA- ASOCIADO A EPISODIOS DE CAÍDAS. SE CUENTA CON ECOGRAFÍA DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA QUISTE DE BAKER- DERRAME ARTICULAR Y BURSITIS- CON CAMBIOS INFLAMATORIOS DE PARTES BLANDAS PARAMENISCALES. NIEGA USO DE MEDICACIÓN PREVIA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE ENCUENTRA AFEBRIL- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA. POR LA PERSISTENCIA DEL DOLOR- LIMITACIÓN FUNCIONAL Y HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS- SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA PARAMANEJO ESPECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA REALIZADA DE MANERA PARTICULAR: ECOGRAFÍA DE RODILLA SE REALIZA ECOGRAFÍA DE RODILLA DERECHA: TENDÓN DEL CUÁDRICEPS FEMORAL DERECHO: CONSERVA SU ESTRUCTURA FIBRILAR NORMAL. LIGAMENTO ROTULIANO DERECHO: DE ASPECTO NORMAL. LIGAMENTOS COLATERALES LATERAL Y MEDIAL DERECHO DE ASPECTO CONSERVADOS. LÍQUIDO EN EL RECESO SUPRAPATELAR DERECHO CON VOLUMEN APROXIMADO DE 2-0 CC. LÍQUIDO EN LA BURSA INFRAPATELAR DERECHA CON VOLUMEN APROXIMADO DE 0-23 CC. HUECO POPLÍTEO DERECHO: SE VISUALIZA LESIÓN DE ASPECTO QUISTICO QUE MIDE 1-6 X 0-8 X 1-3 CM- VOLUMEN APROXIMADO DE 1-0 CC- SUGESTIVO DE QUISTE DE BAKER. AUMENTO DE LA ECOGENICIDAD DE PARTES BLANDAS PARAMENISCAL MEDIAL DERECHO CON AUMENTO LEVE DE SU VASCULARIZACIÓN AL DOPPLER COLOR. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (ID): QUISTE DE BAKER DERECHO LÍQUIDO EN EL RECESO SUPRAPATELAR DERECHO LÍQUIDO EN LA BURSA INFRAPATELAR DERECHA / BURSITIS CAMBIOS INFLAMATORIOS DE PARTES BLANDAS PARAMENISCAL MEDIAL DERECHA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Quiste Sinovial Del Huevo Popliteo [De Baker]		M712	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-04	08:39	Hector	Alarcon	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1314410208				

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	