

### 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        | Flavio Alfaro                    |      | CS-B             | 1306200096                                              |                         |                   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |                   |   |   |  |
|                                       |                  |               |                                  |      |                  |                                                         | H                       | D                 | M | A |  |
| Olmedo                                | Sanchez          | Angela        | Del                              | M    | 08-04-1970       | 56                                                      |                         |                   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |               | REFERENCIA                       |      | X                | DERIVACIÓN                                              |                         |                   |   |   |  |
| 099-735-8212                          |                  |               |                                  |      |                  | MOTIVO                                                  |                         |                   |   |   |  |
| 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                                    | 1305             | 130550        |                                  |      |                  |                                                         |                         |                   |   |   |  |

## 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 FEMENINA DE 56 AÑOS ACUDE POR CUADRO DE 1 AÑO DE EVOLUCION REFIERE QUE ESTABA SUBIENDO UNA PENDIENTE-REFIER DOLOR DESPUES DE DICHA ACTIVIDAD SE HACE SOBAR DE SU PAREJA REALIZA MAL MOVIMIENTO DE EXTENSION DE LA RODILLAREFIERE INFLAMACION Y DIFICULTADA A DEAMBULAR NORMALEMENTE. HACE UN MES PRESENTA CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA ALCAMINAR REFIERE QUE LA RODILLA IZQUIERDA FUE LA AFECTADA ACUDE NUEVAMENTE A UN SOBADOR DONDE CUADRO EMPEORADESE ESE MOMENTO. A LA ACTUALIDAD PACIENTE ALGICA- TIENE DIFICULTAD PARA LA MARCHA- LIMITACION DE MOVILIDAD DEEXTRMIDAD INFERIRO IZQUIERDO A LA FLEXION- 'POR LO QUE SE REALIZA ECOGRAFIA 14/04/2026- EVIDENCIANDO DERRAMEARTICULAR Y DISMINUCION DEL ESPACIO ARTICULAR

#### D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DE RODILLA BURSA S UPRAPATELAR CON PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE- MENISCO INTERNO PROTUIDOASOCIADO A DIS MINUCION DEL ESPACIO ARTICULAR- MENISCO EXTERNO LEVEMENTE PROTUIDO ASOCIADO A DIS MINUCION DELESPACIO ARTICULAR- TEJIDO CELULAR S UBCUTANEO SIN EDEMA NI COLECCION LIQUIDA- CAPS ULA Y CARTILAGO ARTICULAR DEASPECTO NORMAL. HALLAZGOS: DERRAME ARTICULAR DIS MINUCION DEL ESPACIO ARTICULAR

## E. DIAGNÓSTICO

| E. DIAGNÓSTICO |                   | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Derrame Articular |                                    | M254 |     | 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 |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-04-21                            | 11:43           | Walther       | Castro          | Velez            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310868573                            |                 |               |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

[illegible]

## CONTRAREFERENCIA

11

## REFERENCIA INVERSA

9

**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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |