

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	ZAMBRANO	KAREN LISSETTE	16	07	2002	23 años, 6 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0804405975	MANABI	CHONE	RICAURTE	CUPA y	099-877-1801 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0804405975	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	02	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS ACUDE POR DOLOR BILATERAL EN RODILLAS DE CARÁCTER ESPORÁDICO, INTENSIDAD MODERADA (EVA 7/10), ASOCIADO OCASIONALMENTE A DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD. REFIERE HABERSE REALIZADO RESONANCIA MAGNÉTICA QUE REPORTA PRESENCIA DE FISURA, SIN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA NI IMAGENOLÓGICA COMPLETA QUE CONFIRME O JUSTIFIQUE DICHO HALLAZGO. ANTE LA DISCREPANCIA ENTRE SÍNTOMAS, HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS Y FALTA DE DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, SE SOLICITA REFERENCIA A NIVEL SECUNDARIO PARA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA, CON EL FIN DE CORROBORAR EL DIAGNÓSTICO, DESCARTAR PATOLOGÍA ARTICULAR INFLAMATORIA, TRAUMÁTICA O DEGENERATIVA, Y DEFINIR MANEJO TERAPÉUTICO ADECUADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE LA ROTULA	S820	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	20:29	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	20:29	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

