

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORA	MONTES	TEOFILO JAVIER	25	02	1965	59 años, 11 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1202084784	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BARRIO LAS ORQUIDEAS y	098-694-0454 /
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	1202084784	SANTA RITA	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	2025	01	28	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA REVISION DE RESONANCIA MAGNETICA REALIZADA CON FECHA DE 10/01/2025, EN LA CUAL REPORTA QUE: SE REALIZA RESONANCIA DE RODILLA IZQUIERDA, DESGARRO DE MENISCO COMPLEJO GRADO 3, ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR TOTAL, ROTURA PARCIAL LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR, PRESENCIA DE QUISTE EN LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, QUISTE PARAMENISCAL 55/25MM.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DESGARRO DE MENISCO COMPLEJO GRADO 3, ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR TOTAL, ROTURA PARCIAL LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR, PRESENCIA DE QUISTE EN LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, QUISTE PARAMENISCAL 55/25MM.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE	S832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	11:47	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2025-01-28	11:47	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	