

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	BRAVO	FELIX ANTONIO	27	05	1961	65 años, 0 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303783235	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO CEVALLOS y	099-009-1339 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area	
MSP	1303783235	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	01
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 MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO DE 1 MES DE EVOLUCION TRAS SUFRIR ACCIDENTE EN MOTO Y CAER SOBRE EL PAVIMENTO SUFRIENDO TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHA Y LACERACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES, REFIERE QUE FUE ATENDIDO EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA Y DIAGNOSTICARON DERRAME ARTICULAR DE LIQUIDO EN LA ARTICULACION DE RODILLA DERECHA. ACUDE PARA REFERENCIA ORDENADA POR ESPECIALISTA DE DICHA INSTITUCION. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN RODILLA DERECHA SE EVIDENCIA CAPSULA SUPRA ROTULIANA DE 5X5 CM CON BORDES BIEN DEFINIDOS, NO DOLOROSA A LA PALPACION, SIN SIGNOS INFLAMATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERRAME ARTICULAR	M254		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	10:21	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-06-01	10:21	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

