

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBOS	RAMIREZ	NELIZ BEATRIZ	02	04	1962	63 años, 10 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303988370	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA 30 DE MARZO y	098-574-4099 / (99)-999-9999
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	1303988370	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2026	02	25
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 63 AÑOS SIN PATOLOGIAS CONOCIDAS ACUDE POR PRESENTAR DOLOR INTENSA EN PIERNA DERECHA DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD, INDICA QUE NO LE CALMA CON NINGUN ANALGESICO Y QUE LE INTERFIERE EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS. NO REFIERE OTRAS SINTOMAS. PACIENTE ACUDIO POR EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA Y VIENE A CONSULTA CON CONTRAREFERENCIA QUE SUGIERE CONTINUAR CON TRAUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MANIOBRA DE STEINMANN +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE LOS MENISCOS	M233	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-25	14:33	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-25	14:33	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	