

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOZA	GENITH AURORA	25	08	1953	72 años, 1 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	1304447624	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA ELOY ALFARO y POTRETILLO	093-953-3687 / (00)-000-0000
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	1304447624	SANTA MARTHA	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	10	20
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 REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 4 MESES DE EVOLUCION CARCTERIZADO POR DOLOR EN RODILLA DERECHA POSTEIRO A UNA LUXACION POSTERIOR DE RODILLA MIENTRAS ESTABA DE PIE EN EL COLCHON COLOCANDO UN TOLDO, REFIERE QUE ACUDIO A SOBADOR , NO REFIERE AUTOMEDICARSE, SIN EMBARGO HA CONTINUADO CON DOLOR Y LIMITACION AL MOVIMIENTO, PARA LO CUAL USA RODILLERA PORQUE NO PUEDE DEAMBULAR SOLA. REFIERE QUE TRAE ECOGRAFIA PARA REVISION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: DERRAME DE LIQUIDO EN CARA EXTERNA Y LATERAL INTERNA DE RODILLA DERECHA, PRESENCIA DE OSTEOFITO EN CARA EXTERNA DE RODILLA DERECHA. SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA RUPTURA ESPONTANEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	M236		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	09:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

