

|                            |  |                  |                          |                                                          |                                  |                   |
|----------------------------|--|------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA    |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                                                | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
| MSP                        |  | 1410             | HBAGA                    | B                                                        | 1304735085                       | 1304735085        |
| PRIMER APELLIDO            |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | SEXO                                                     |                                  | FECHA NACIMIENTO  |
| CARRANZA                   |  | VARELA           |                          | MANUEL                                                   |                                  | VICENTE           |
|                            |  |                  |                          | M                                                        |                                  | 1964-01-01        |
|                            |  |                  |                          | 61                                                       |                                  | H D M A           |
|                            |  |                  |                          | X                                                        |                                  |                   |
| 0984084606                 |  | REFERENCIA       |                          | X                                                        |                                  | DERIVACIÓN        |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL |  | MOTIVO           |                          | 1. Accesibilidad geográfica.                             |                                  |                   |
| PROVINCIA                  |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA                                                |                                  |                   |
| 13                         |  | BOLIVAR          |                          | CALCETA                                                  |                                  |                   |
|                            |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.                              |                                  |                   |
|                            |  |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.                                |                                  |                   |
|                            |  |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.                                |                                  |                   |
|                            |  |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura.                         |                                  |                   |
|                            |  |                  |                          | 6. Problemas de abastecimiento.                          |                                  |                   |
|                            |  |                  |                          | 7. Insuficiencia de profesionales.                       |                                  |                   |
|                            |  |                  |                          | 8. Inadecuada capacidad resolutiva.                      |                                  |                   |
|                            |  |                  |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                                  |                   |

|                                                         |                          |                  |               |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|---------------|
| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |                  |               |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
| MSP                                                     |                          | CONSULTA EXTERNA | TRAUMATOLOGÍA |

|                                                                                                                     |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                       |  |  |  |
| MASACULINO DE 61 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR INTENSO E INFLACIÓN EN LA RODILLA IZQUIERDA. |  |  |  |
| RMN. ROTURA PARCIAL DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, SEVERA ALTERACIÓN MORFOLÓGICA DEL MENISCO MEDIAL.               |  |  |  |

|                                      |      |     |     |
|--------------------------------------|------|-----|-----|
| E. DIAGNÓSTICO                       |      |     |     |
| PRE = PRESUNTIVO                     | CIE  | PRE | DEF |
| DEF = DEFINITIVO                     |      |     |     |
| 1. TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA | M239 |     | X   |
| 2.                                   |      |     |     |
| 3.                                   |      |     |     |

|                                       |              |               |                 |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|
| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO |
| 14/11/2025                            | 9.00 a.m.    | NELSON        | BETANCOURT      |
| SEGUNDO APELLIDO                      |              | RIVERO        |                 |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |
| 0960003283                            |              |               |                 |

|                                             |    |                    |                        |
|---------------------------------------------|----|--------------------|------------------------|
| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |    |                    |                        |
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      | SI | NO                 | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |
|                                             |    |                    | SI X NO                |
| CONTRAREFERENCIA                            |    | REFERENCIA INVERSA |                        |

|                                                                                   |           |                          |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                           | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA |
|                                                                                   |           |                          |           |
| NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                                                  |           | NÚMERO DE ARCHIVO        |           |
|                                                                                   |           |                          |           |

|                                                                                       |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |                          |          |                    |

|                               |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|
| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |  |  |
|                               |  |  |  |
|                               |  |  |  |
|                               |  |  |  |

|                                                                   |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |  |  |
|                                                                   |  |  |  |
|                                                                   |  |  |  |
|                                                                   |  |  |  |

|                                                          |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|--|--|--|
| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |  |  |
|                                                          |  |  |  |
|                                                          |  |  |  |
|                                                          |  |  |  |

|                  |     |     |     |
|------------------|-----|-----|-----|
| F. DIAGNÓSTICO   |     |     |     |
| PRE = PRESUNTIVO | CIE | PRE | DEF |
| DEF = DEFINITIVO |     |     |     |
| 1.               |     |     | 4.  |
| 2.               |     |     | 5.  |
| 3.               |     |     | 6.  |

|                                                                                         |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |  |  |  |
|                                                                                         |  |  |  |
|                                                                                         |  |  |  |
|                                                                                         |  |  |  |

|                                       |              |               |                 |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|
| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |
| SEGUNDO APELLIDO                      |              | SELLO         |                 |
|                                       |              |               |                 |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               |                 |
|                                       |              |               |                 |