

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP			HAGA		B	1305274134		1305274134	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CEDENO		DOMINGUEZ		AURA		MARLENE	F	06/09/1967	57
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
985444201				X				H D M	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento		X	
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales			
CANTÓN				3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutoria			
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
MANABI				5. Problemas de infraestructura					
calceña				calceña					

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
ARTRALGIA DE RODILLA DERECHA DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN QUE IMPIDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (CAMINAR, SUBIR LAS ESCALERAS, FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE RODILLAS)	
TOMA EVENTUALMENTE ANALGÉSICOS PERO EL DOLOR PERSISTE	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
EXAMEN FÍSICO / HISTORIA CLÍNICA, RX NORMAL	

E. DIAGNÓSTICO	
PRE-PRONÓSTICO	DEFINITIVO
CIE	PRI
M17.12	X
4.	5.
6.	7.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
5 DE MARZO 2025	
PRIMER NOMBRE	
JOSE	
PRIMER APELLIDO	
PINOARGOTE	
SEGUNDO APELLIDO	
MENENDEZ	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
1308408135	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI NO
REFERENCIA INVERSA	SI NO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	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-PRONÓSTICO	DEFINITIVO
CIE	PRI
4.	5.
6.	7.

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	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
FIRMA	
BELLO	

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA