

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	ZAMBRANO	YONIS PAQUITO	26	01	1968	57 años, 8 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

POTRERILLO

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306256031	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y SN	096-363-4026 /
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	1306256031	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	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

REFIERE QUE HA TENIDO PROBLEMA DE RODILLA DERECHA DESDE HACE 3 AÑOS, REFIERE QUE AL CAMINAR TIENE DOLOR, ACOMPAÑADO, DE EDEMA Y ENROJECIMIENTO EN DICHA ARTICULACION CON INESTABILIDAD DE LA RODILLA,, REFIERE QUE HA TOMADO AINES SIN VER MEJORIA, ADOPTA POSTURAS ANTIALGICAS, TIENE DOLOR EN BRAZO IZQUIERDO AL REALIZAR TRABAJO DE ALBAÑILERIA SE HA PALPADO TUMORACION BLANDA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INESTABILIDAD CRONICA DE LA RODILLA	M235		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	08:51	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

