

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ACOSTA	NILO WALKER	23	06	1969	57 años, 0 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306520923	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	ATAHUALPA y	099-273-6910 /
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	1306520923	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	14
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 MASCULINO DE 57 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTENSO EN TRATAMIENTO, AA: NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA PARA VALORACIÓN CLÍNICA, PRESENTANDO ESTUDIO DE IMAGEN (RX) REALIZADO PREVIAMENTE, EN EL CUAL SE REPORTA LESIÓN MENISCAL. ROTURA PARCIAL DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOIR, ESCASO LIQUIDO PREPATELAR. REFIERE DOLOR EN RODILLA AFECTADA, CON LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA LA MOVILIZACIÓN Y DEAMBULACIÓN. EN BASE A LOS HALLAZGOS DEL ESTUDIO APORTADO Y LA PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA PARA MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA	M232		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	15:00	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-14	15:00	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	