

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                   |                          |            |                                     |                                  |      |                          |                                                         |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|------------|-------------------------------------|----------------------------------|------|--------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |                  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |            | TIPOLOGIA                           | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |      | NÚMERO DE ARCHIVO        |                                                         |                         |   |   |   |
| MSP                                   |                  | 1246              | C. S TOSAGUA             |            | TIPO C                              | 1306568815                       |      |                          |                                                         |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |                   | PRIMER NOMBRE            |            | SEGUNDO NOMBRE                      |                                  | SEXO | FECHA NACIMIENTO         | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              | VILLAPRADO       |                   | PEDRO                    |            | MIGUEL                              |                                  | H    | 24/08/1969               | 56                                                      | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA | <input checked="" type="checkbox"/> | DERIVACIÓN                       |      | <input type="checkbox"/> | MOTIVO                                                  |                         |   |   |   |
| 0984945931                            |                  | SI                |                          |            |                                     |                                  |      |                          | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                   |                          |            |                                     |                                  |      |                          | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA         |                          |            |                                     |                                  |      |                          | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA          | TOSAGUA           |                          |            |                                     |                                  |      |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          |            |                                     |                                  |      |                          | X                                                       |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          |            |                                     |                                  |      |                          | X                                                       |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                              |  |            |               |
|-------------------------|------------------------------|--|------------|---------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     |  | SERVICIO   | ESPECIALIDAD  |
| MSP                     | HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA |  | C. EXTERNA | TRAUMATOLOGIA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACINETE CON APP DE OBESIDAD, REFIERE QUE HACE UNPOS MESES ATRAS POR ACTIVIDAD FISICA EXTENUANTE PRESENTÓ MALESTAR EN RODILLA IZQUIERDA, MANTENIENDOCE SOLO CON USO DE ANALGÉSICOS, EL DÍA DE AYER PRESENTA DOLOR MODERADO A FUERTE DE MANERA SÚBITA QUE LIMITA LA DEAMBULACIÓN Y MOVIMIENTO DE ARTICULACIÓN DE RODILLA, AL EXAMEN FÍSICO SIGNOS DE INFLAMACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                                                         |                 |      |     |     |    |  |  |  |     |     |     |  |
|-----------------|---------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|--|--|--|-----|-----|-----|--|
| PRE= PRESUNTIVO |                                                         | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  |  | CIE | PRE | DEF |  |
| 1.              | TRASTORNO DE MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA |                 | M232 |     | X   | 4. |  |  |  |     |     |     |  |
| 2.              |                                                         |                 |      |     | X   | 5. |  |  |  |     |     |     |  |
| 3.              |                                                         |                 |      |     |     | 6. |  |  |  |     |     |     |  |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                                                                   |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO                                                   |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 2026/01/29                            | 16:00        | YOLANDA       |  | CEDEÑO                                                            |  | CEDEÑO           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO                                                             |  |                  |  |
| 1311762940                            |              |               |  | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: |  |                  |  |

G.EVALUACIÓNELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

|                       |                          |    |                       |  |                          |    |
|-----------------------|--------------------------|----|-----------------------|--|--------------------------|----|
| REFERENCIAJUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓNJUSTIFICADA |  | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA      | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA    |  | <input type="checkbox"/> |    |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | 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 |  | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    |  |  |  | CIE | PRE | DEF |  |
| 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 |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |  |                  |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA