

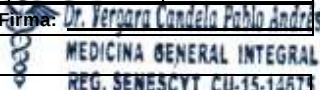
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
YOZA		BERMELLO		ANGELA ROSA		21	10	1967	57	M
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria			N° Telefonico	
Ecuatoriana	Ecuador	1306928498	13	1311	131150	SAN SEBASTIAN			0959197979 - 0990782910	
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia				convencional/celular	

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales										
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		
MSP		1306928498		SAN SEBASTIAN		CS		13D08		
Refiere o Deriva a:								Fecha		
MSP		Hospital General Napoleón Dávila Córdova		Consulta Externa		Traumatología		17	01	2025
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes	Año
2. Motivo de la Referencia o Derivacion:										
Limitada capacidad resolutive		1	☒	Saturacion de capacidad insta		4	☐			
Ausencia temporal del profesion		2	☐	Otros / Especifique:		5	☐			
Falta de profesional		3	☐	Null						
3. Resumen del cuadro clinico										
PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD, PRESENTA DOLOR EN AMBAS RODILLAS DE MODERADA INTENSIDAD INCLUSIVE ESTANDO EN REPOSO Y QUE SE INTENSIFICA EN LA MARCHA O BIPEDESTACIÓN, SE EVIDENCIA INFLAMACIÓN ARTICULAR Y CREPITACIÓN POR TAL MOTIVO SE REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA.										
4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos										
PENDIENTES A REALIZAR										
5. Diagnostico										
						CIE-10	PRE	DEF		
1	TRASTORNO INTERNO DE RODILLA, NO ESPECIFICADO					M239	X			
2										
Nombre del Profesional: Pablo Vergara						Codigo MSP: 1312051574		Firma: 		

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales													
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio			
Contrarefiero o Referencia inversa a:										Fecha			
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia		Mes		Año	
2. Resumen del cuadro clinico													
3. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos													
4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados													
5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa													
						CIE-10	PRE	DEF					
1													
2													
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad													
Nombre del profesional especialista: _____ Codigo MSP: _____ Firma: _____													
MSP/DNEAIS/form.053						7. Referencia Justificada							