

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	JOSE JAVIER	27	05	1980	44 años, 7 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309940011	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	095-902-8622 /
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	1309940011	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	01	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 44 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. APQ: CIRUGIA POR FRACTURA EN HOMBRO IZQUIERDO HACE 7 MESES. ACUDE CON CUADRO CLÍNICO DE DOLOR EN RODILLA DERECHA EVA 8/10, DIFICULTAD PARA MOVILIZAR TRAS SUFRIR ACCIDENTE CON BOVINO. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, CUELLO NO ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO NO RUIDOS PATOLOGICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO EXTERMIDADES: INFERIOR DERECHA EDEMA EN RODILLA++/+++, DOLOROSO+ DIFICULTAD PARA MOVILIZAR.TRAE RADIOGRAFIA CON RESULTADOS DE SIGNOS DE DESMINERALIZACION DE LOS SEGMENTOS OSEOS, FORMACION DE OSTEOFITOS MARGINALES EN RODILLA, DISMINUCION DE ALTURA DE ESPACIO ARTICULAR INTERNO QUE PROVOCA BOSTEZO DE LA MISMA/ EL DOLOR Y EDEMA PERSISTE. /REF. A TRAUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EDEMA EN PIERNA IZQUIERDA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EDEMA LOCALIZADO	R600		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-20	20:22	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-01-20	20:22	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

