

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CEVALLOS	CARLOS MARCOS	22	07	1980	45 años, 0 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309982823	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LIBERTAD 2 y SN	099-576-2772 /
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	1309982823	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	07	24
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 DE 45 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE ARTROSCOPIA DE RODILLA DERECHA + PLASTIA DE MENISCO LATERAL Y SINOVECTOMIA DE LA MISMA, POR ROTURA COMPLEJA DEL MENISCO EXTERNO, ROTURA DEL LCA, GRADO II ASOCIADO EDEMA OSEO. INDICA QUE LE REALIZARON SESIONES DE TERAPIA FISICA (20) CON MAGNETO, CALOR, ULTRASONIDO, CORRIENTE ANALGÉSICA, EJERCICIOS ISOMETRICOS, MOVILIDAD DE RODILLA CON PLAN DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR DEL MUSLO. REFIERE QUE CONTINUA CON DOLOR EN PIERNA DERECHA TIPO CONTRÁCTIL, INTENSIDAD MODERADA CON DIFICULTAD PARA LA PARA LA MARCHA, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE LOS MENISCOS	M233	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	15:35	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-07-24	15:35	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	