

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	RAMOS	NELSON RAMON	03	01	1981	45 años, 6 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310686694	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA MANTA QUEVEDO y	098-167-9993 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310686694	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	07	03
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

USUARIO ACUDE POR PRESENTAR DOLOR DE RODILLA DE LADO DERECHO DE 2 MESES DE EVOLUCION TIPO URGENTE EVA 6/10 CON EDEMA LOCAL Y SIGNOS DE INFLAMACION (CALOR Y RUBOR) SE ACOMPAÑA DE LIMITACION A FLEXOEXTENSION GENERA DOLOR AL SUBIR GRADAS Y AL ACUNCLILLAMIENTO... AL EXAMEN FISICO: LACHMAN POSITIVO + MC MURRAY NEGATIVO + APLEY NEGATIVO... ID: TRATAMIENTO INTERNO DE LA RODILLA.. PLAN: XUMER 90 MG BID POR 7 DIAS + DEXABION AMPOLLA SEMANAL POR 4 SEMANAS... INTERCONSULTA A TRAUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : ROTULA LEVEMENTE DESCENDIDA DISMINUCION DEL ESPACIO FEMORO PATELAR LESIONES OSTEOFITICAS EN CARA POSTERIOR DE LA ROTULA EN TEJIDO BLANDO SE EVIDENCIA RADIOLUCIDES Y VOLUMEN PERIARTICULAR EN RELACION A EDEMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	M238		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	12:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2026-07-03	12:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

