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	1410	HBAGA	B	1311912438	1311912438

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
ZAMBRANO	ZAMBRANO	RODOLFO	ANTONIO	M	1980-07-02	45				X

0986646993- 0987298633

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
13	BOLIVAR	CALCETA

REFERENCIA X DERIVACIÓN

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.
2. Falta de espacio físico.
3. Falta de equipamiento.
4. Equipos en mal estado.
5. Problemas de infraestructura.
6. Problemas de abastecimiento.
7. Insuficiencia de profesionales.
8. Inadecuada capacidad resolutiva X
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EADA , REFIERE QUE SUFRIO UNA CAIDA DE SUS PIES LO QUE LE PRODUJO DOLOR INTENSO EN LA RODILLA DERCHA E IMPOSIBILIDAD PARA PARA LA MARCHAR EN ESES MOMENTO, EN VARIAS OCASIONES PRESENTA INESTABILIDAD DE LA RODILLA DERECHA

E. DIAGNÓSTICO

PRE = PRESUNTIVO
DEF = DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	INESTABILIDAD CRÓNICA DE LA RODILLA	M238		X				
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (h:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/08/2025	9.00a.m	JANETH	MASAPANTA	ZAPATA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1204015455	Firmado electrónicamente por: JANETH MARGOTH MASAPANTA ZAPATA	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO	

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

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 (h:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO