

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CORNEJO	ANGEL NARCILO	06	02	1994	30 años, 11 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	1312251125	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	WHASINTONG y VARGAS TORRES	096-737-5323 /
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	1312251125	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	01	30
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 DE 30 AÑOS, APP: NO REFIERE, ACUDE CON CUADRO CLÍNICO DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR MODERADO EN LA RODILLA DERECHA A LA ACTIVIDAD FISICA MODERADA (TROTAR, CORRER) Y AL ACUCLILLARSE. PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR COMENZÓ POSTERIOR A DISLOCACIÓN DE LA ROTULA AL CORRER .REFIERE ANTECEDENTE DE FRACTURA EN PERONE DISTAL DERECHO EN 2017 QUE FUE TRATADO CON REDUCCION CERRADA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA CHASQUIDO AL DOBLAR LA RODILLA Y LEVE DOLOR. PACIENTE ACUDE CON RX DE RODILLA DERECHA, EN LA CUAL NO SE EVIDENCIA ANORMALIDADES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO. SE TOMA LA PRESIÓN EN CONSULTORIO DANDO VALOR DE 128/89.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO DE TELEFONO: 0967375323 / 0985326158

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO	M239	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	14:40	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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/Área	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
2025-01-30	14:40	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	