

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	SC PICHINCHA		A	1312275132		1312275132						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CASTELO		MUENTES		ALISON		JACQUELINE		F	21/11/1990	35	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
0959842708				1. Accesibilidad geográfica.		X		MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		PICHINCHA		PICHINCHA				8. Inadecuada capacidad resolutive						
				3. Falta de equipamiento.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				4. Equipos en mal estado.										
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA DOLOR EN REGION DE RODILLA IZQUIERDA QUE SE PRESENTA EVA 4/10 QUE SE INCREMENTA CON MOVIMIENTO DE FLEXION PRESENTA AL REALIZAR EJERCICIO PRESENTA ALERGIA AINES DE LARGA DATA QUE NO CALMA CON MEDICACION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO DE MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA		M232	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
03/02/2026		EDGARDO		ALAY		MERO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310535131						Dr. Edgardo Alay M. MÉDICO ESPECIALISTA / MEDICINA FAMILIAR Reg. Senecyt: 1027-2022-2414948	

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	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 (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	