

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE		B	1312774167		1312774167						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO		RODRIGUEZ		MARIA		ANDREA		F	30/11/1988	37	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐				
0967804756 0994284668								MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.			☐			
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.			☐		
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutive			☐		
						4. Equipos en mal estado.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			☒		
						5. Problemas de infraestructura.		☐						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINO DE 37 AÑOS DE EDAD, ACUDE REFIRIENDO GONALGIA IZQUIERDA DE UN AÑO DE EVOLUCION POSTERIOR A CONTUSION, AL EXAMEN FISICO A LA INS PECCION SE OBSERVA CLAUDICACION, A LA PALPACION REFIERE DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION DE LA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA, AL MOMENTO SE ENCUENTRA CONS CIENTE ORIENTADO CON SIGNOS VITALES ESTABLES . PRESCRIBO ANTIINFLAMATORIO IM, ESTUDIO DE IMAGEN RADIOGRAFICO ANTERIOR Y LATERAL DE RODILLA, REALIZO REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA, POSIBILIDAD DE ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA.

[illegible]

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PENDIENTE

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	CONTUSION DE LA RODILLA			S800	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/07/2026	14:00 PM	WENDY	ESCOBAR	HOLGUIN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312452186				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	
------------------------	----	--	----	--	--	------------------------	----	--	----	--

CONTRAREFERENCIA

11

REFERENCIA INVERSA

7

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

RESUMEN DEL CONTRATO ÚNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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

C. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAINDICA	

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	