

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			
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		B	1313054841			1313054841			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
											H	D
CHAVEZ		CEDEÑO		DIANA		KAROLINA		M	04/11/1989	36	09H00	25 02 2026
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
0993017535												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA										
MANABI	CHONE	CHONE										☒

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGÍA

PACIENTE PRESENTA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 16 HORAS DOLOR PERSISTENTE EN RODILLA DERECHA A CONSECUENCIA DE MOVIMIENTO BRUSCO DE LA ARTICULACIÓN; AL EXÁMEN FÍSICO PRESENTA DOLOR A LA DIGITOPRESIÓN A NIVEL DE CARA EXTERNA DE RODILLA DDERECHA

FAVOR REVISAR HISTORIAL EN EL SISTEMA DE ATENCIONES PRAS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO			M239	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/04/2024	11H00	JUAN	ARTEAGA	HOPPE
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1306253079		AFIRMAO ELECTRONICAMENTE POR: JUAN XAVIER ARTEAGA HOPPE Validar únicamente con FirmaEC		

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	