

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1410	HBAGA	B	1313228050	1313228050
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
VERA	TAFFUR	RUBEN	DARIO	M	5/5/1992
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN
0958626065				☒	☐
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
MANABI	BOLIVAR	CAJCETA	☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 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		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MACULINO DE 33 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD ANTERIOR LA CUAL ACUDE POR PRESENTAR UN TRAUMA DE RODILLA HACE 2 MESES LA CUAL MANTIENE DOLOR CON EVA 6/10 CON LIMITACION FUNCIONAL LA CUAL LE IMPIDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS POR LO QUE SE A REALIZADO ESTUDIO RESPECTIVO POR LO QUE DECIDIO VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO.

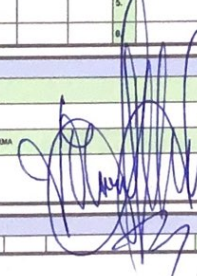
"SIGNOS VITALES":

PA: 130/91
 FC: 68 LXM
 FR: 20RXM
 TEMP: 36,7
 SATO2: 97 %

E. DIAGNÓSTICO

PRESE	DEF	PRE	DEF
1.	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA	M239	☒
2.			
3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-20	14H00	MARCO	AZUA	CEDENO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311550667				



G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
	☐	☐		☐	☐

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRESE	DEF	PRE	DEF
1.			
2.			
3.			

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		
				