

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	GARCIA	MARIA EUGENIA	29	06	1996	29 años, 3 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313434480	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	098-254-7316 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313434480	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Traumatología y Ortopedia	2025	09	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

PACIENTE CON LESION EN RODILLA DERECHA POSTERIOR A CONTUSION EN LA CON OTRA PERSONA CON DIAGNOSTICO DE TRAUMATOLOG DE ROTURA DE LIGAMENTOS CRUZADOS ANTERIORES

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS SIN APP DE RELEVANCIA, ACUDE A UNIDAD OPERATIVA POR PREENTAR CUADRO CLINICO DE MAS DE 15 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADOS POR DOLOR, RUBOR, LIMITACION DE MOVIMIENTO EN RODILLA DERECHA POSTERIOR A SUFRIR UN GOLPE MIEMTRAS REALIZABA ACTIVIDAD FISICA, PACIENTE CUENTA CON DIAGNOSTICO DE TRAUMATOLOGO PARTICULAR DE ROTURA DE LIGAMENTOS CRUZADOS ANTERIORES, PACIENTE REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO PREVIO SIN MEJORIA, PACIENTE CON DIFICULTAD A LA MARCHA, DOLOR INTENSO A LA BIPEDESTACION POR MUCHO TIEMPO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA



5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESGUINCES Y TORCE. QUE COMPROMETEN LIGAM. CRUZADO (ANTERIOR)(POSTERIOR) DE LA RODILLA	S835		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-03	11:42	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	



Firmado electrónicamente por:
LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ
Validar únicamente con FirmaEC

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/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

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
2025-10-03	11:42	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

