

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	VARGAS	JOSSELYN ESTEFANIA	23	12	1995	29 años, 7 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313522847	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL VERGEL y	098-472-1632 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313522847	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	08	05
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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 29 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE, APF: DIABETES MELLITUS (ABUELA PATERNA). APQX: CIRUGIA DE LIGAMENTOS HACE 8 AÑOS, CIRUGIA DE MENISCOS HACE UN AÑO. PACIENTE ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR ASTENIA, CEFALEAS DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN QUE SE ACOMPAÑA DE ALOPECIA Y AUMENTO DE PESO. TAMBIEN REFIERE DOLOR EN RODILLA DERECHA DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN QUE SE HA INTENSIFICADO EN LOS ULTIMOS DÍAS, QUE APARECE AL MOVIMIENTO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA EXTENSIÓN EN RODILLA DERECHA. RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN RODILLA DERECHA. ANTECEDENTE DE DOS CIRUGIAS PREVIA EN RODILLA DERECHA. NUMERO: 0984721632 // 0984642220

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO		M239		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	14:24	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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 clinico

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