

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	KAROL ALLISON	28	11	2000	23 años, 10 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313738534	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	098-017-2367 /
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	1313738534	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría	2024	10	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: TENDINITIS DE FASCIA LATA ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR GONALGIA DERECHA DE 4 AÑOS DE EVOLUCION QUE CEDE ANTE EL USO DE AINES, PACIENTE REFIERE HABER SUFRIDO CAIDA A LOS . REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO HACE TRES AÑOS D AÑOS DE EDAD DEL LADO DERECHO. RECIBE TRATAMIENTO DE MANERA PARTICULAR CON TERAPIA FISICA, INDICA QUE SINTIÓ MEJORÍA PERO EL DOLOR HA INCREMENTADO EN LOS ULTIMOS MESES Y SE IRRADIA A ARTICULACION COXOFEMORAL Y ARTICULACION DE TOBILLO MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD. AL EXAMEN FISICO SE PALPA ABULTAMIENTO EN FOSA POPLÍTEA DERECHA, DOLOROSA, SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION PARA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE SIN EXAMENES EN FISICO, PRESENTA RADIOGRAFIA DE RODILLA DIGITAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-04	13:14	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-10-04	13:14	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

