

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORTES	CHICA	NANDO ADRIAN	22	11	2006	19 años, 4 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314139252	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MUNICIPAL y SN	095-977-2332 /
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	1314139252	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	04	07
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 MASCULINO DE 19 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPOACUSIA CONGENITA BIATERAL, ACUDE A CONTROL MEDICO POR PRESENTAR DE FORMA CRONICA DOLOR EN RODILLA DERECHA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION, NO REFIERE TRAUMATISMOS NI CAIDAS, SIN EMBARGO PACIENTE HA DISMINUIDO MOVILIDAD DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO. MADRE REFIERE QUE LLEVA 7 TERAPIAS FISICAS, QUE HAN AYUDADO POCO. SIN EMBARGO PACIENTE NO TIENE NINGUN EXAMEN DE IMAGEN, SE LE MANDA A REALIZARSE RX AP Y LATERAL DE ARTICULACION COMPROMETIDA + REFERENCIA PARA ESPECIALIDAD PARA POSIBLE VALORACION Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO ACUDE CON EXAMENES ACTUALES, SE LE SOLICITA RX AP Y LATERAL DE RODILLA DERECHA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	13:04	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

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
2026-04-07	13:04	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	