

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	MARCILLO	JANNER ALFREDO	13	01	2008	18 años, 4 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314298256	MANABI	JUNIN	JUNIN	SN y SN	098-925-9775 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314298256	MATERO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	06	08
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 17 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE LUXACION DE RODILLA HACE MES Y MEDIO ESTUVO EN REPOSO, NO DESINFLAMO, PRESENTO UN TRAUMA POSTERIOR AL TRAUMA INICIAL HACE 8 DÍAS, DOLOR Y SENSACION DE INESTABILIDAD EN LA RODILLA DERECHA, SIENDE QUE NO PUEDE MANTENER UNA BIPEDESTACION ADECUADA COMO QUE SI LA ARTICULACION SE SALIERA DE SU LUGAR. RX DE RODILLA DERECHA E IZQUIERDA NO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE FRACTURAS O PERDIDA DE CONTINUIDAD OSEA, NO SE EVIDENCIA TRASTORNOS OSEOS EN ROTULA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE RODILLA DERECHA E IZQUIERDA NO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE FRACTURAS O PERDIDA DE CONTINUIDAD OSEA, NO SE EVIDENCIA TRASTORNOS OSEOS EN ROTULA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INESTABILIDAD CRONICA DE LA RODILLA	M235		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-08	11:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-08	11:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	