

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| FARIAS           | RODRIGUEZ        | JEISON ANTONIO | 05                  | 05  | 2002 | 24 años, 0 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314475862        | MANABI              | TOSAGUA | TOSAGUA   | SANTIAGO VERA y              | 096-734-1974 /      |
| 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                 | 1314475862      | CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                            | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Traumatología - Brigada Médica externa ONG | 2026  | 05  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                               | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE OBESIDAD, REFIERE DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA, DESDE HACE +/- DOS MESES, TRAS CAÍDA DE MOTO, EL CUAL LE CAUSA EDEMA E IMPOTENCIA FUNCIONAL, QUE SE EXACERBA AL CAMINAR. RIESGO CV A 10 AÑOS: 1% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 12 (LEVEMENTE). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y DETERMINAR TTO MEDICO/QUIRÚRGICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: LESIÓN MENISCAL MEDIAL, ROTURA DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL Y FRACTURA AVULSIVA A NIVEL DEL CONDILO FEMURAL MEDIA.

### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DE MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA | M232   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-05-11 | 13:21 | Medicina Familiar Y Comunitaria | JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY | 93     |       |

### 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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|--------|-------|
| 2026-05-11 | 13:21 | Medicina Familiar Y Comunitaria | JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY | 93     |       |

