

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Ministerio de P ^u blico		UNICÓDIGO 145	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CJ 24h	TIPOLOGIA C	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1315121317	NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO Bazurto	SEGUNDO APELLIDO Vidal	PRIMER NOMBRE William	SEGUNDO NOMBRE Edo.	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 9/4/98	EDAD 21	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0998848829 - 0962762836 / Antioquia				REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐	MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA Morona	CANTÓN Tumbaco	PARROQUIA Tumbaco					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA Ministerio de P ^u blico	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital	SERVICIO Quirófano	ESPECIALIDAD Traumatología
---	--------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 25 años de edad, en antecedentes de lesiones de rodilla izquierda a repetición desde los 4 años. Actualmente se encuentra sometido a tratamiento con fisioterapia y analgésicos de dosis moderada, sin mejoría de los síntomas.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Examen físico de rodilla izquierda: Presencia de hinchazón a nivel de rodilla izquierda.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Lesión interna de la rodilla izquierda			M23.9	x		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 2/10/14	HORA (hh:mm) 10:42	PRIMER NOMBRE Rafael	PRIMER APELLIDO García	SEGUNDO APELLIDO García
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312184177		FIRMA 	SELLO 	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
						6.			

DO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

RESPONSABLE

HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	FIRMA	SELLO	