

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1408	CENTRO DE SALUD - BACHILLERO	TIPO A	1315349231		1315349231						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOPERA		RODRIGUEZ		VALENTINA		DAMARIS	M	03/03/2002	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0986468300		NO APORTA		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.		X				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA			8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
MANABI		CHONE		CHONE			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				3. Falta de equipamiento.									
				4. Equipos en mal estado.									
				5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 23 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA, RREFIERE QUE APROXIMADAMENTE 3 MESES SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO DONDE RESULTA CON DOLOR EN AMBAS RODILLAS DE INTENSO DOLOR QUE SEDE PROGRESIVAMENTE CON ANALGESICO, REFIERE QUE HACE 2 DIAS VUELVE A PRESENTAR DOLOOR INTENSO QUE LE DIFICULTA LA DIAMBULACION Y QUE SE AYUDADA CON MULETAS .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

AL EXAMEN FISICO, PRESENTA DDOLOR EN AMBAS RODILLAS

E. DIAGNOSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA		M238		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/01/23	10:00	WENDY	FARIAS	VÉLEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314471598				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	