

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| GILER            | ZAMBRANO         | LAURA MARIA | 09                  | 03  | 1996 | 30 años, 2 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315373165        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE CHIMBORAZO y           | 098-277-1184 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1315373165      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                    |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía Ortopédica Y Traumatología |  | 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 FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE MIGRAÑA, APQ: CESAREA, APF: ABUELAS CON DIABETES E HIPERTENSIÓN, ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR REFERIR DOLOR CRÓNICO DE RODILLA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES POSTERIOR A ACCIDENTE DE MOTO EN EL QUE SE ENCONTRABA EN CALIDAD DE CONDUCTORA, REFIERE QUE ACUDE A HOSPITAL EN DONDE RECETAN ANTIINFLAMATORIOS CON MEJORIA PARCIAL, ACTUALMENTE CON DOLOR QUE LE IMPOSIBILITA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS CON NORMALIDAD. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA RODILLA IZQUIERDA EDEMATIZADA, DOLOROSA A LA PALPACIÓN, PRUEBA DE CAJON ANTERIOR Y POSTERIOR: NEGATIVAS, SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA, PACIENTE REFIERE ADEMAS SENSACIÓN DE DOLOR EN EL OJO , AL EXAMINAR SE OBSERVA PEQUEÑO VASO SANGUINEO DILATADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON EDEMA EN RODILLA IZQUIERDA DE 1 MES DE EVOLUCION SIN MEJORIA PESE A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, CON DOLOR CRÓNICO QUE LIMITA SUS CAPACIDADES DIARIAS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO | M239   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-06-08 | 14:55 | Medicina Rural | ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES | 1313700039 |       |

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 clínico

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 | 14:55 | Medicina Rural | ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES | 1313700039 |       |

