

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	ZAMBRANO	MARIA PAULA	04	08	2008	16 años, 5 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315516425	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE ALEJO LASCANO y	098-758-1999 /
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	1315516425	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Fisiatría	2025	01	27
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud			Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS, ACUDE POR DOLOR EN RODILLA DERECHA, REFIERE CAÍDA SOBRE SU PROPIA ALTURA HACE 7 MESES, REFIERE QUE CADA VEZ QUE REALIZA ACTIVIDAD FISICA PRESENTA DOLOR MODERADO, AL EXAMEN FISICO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADA, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOR A LA EXTENSION DE RODILLA DERECHA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA° DOLOR EN RODILLA DERECHA, REFIERE CAÍDA SOBRE SU PROPIA ALTURA HACE 7 MESES, CADA VEZ QUE REALIZA ACTIVIDAD FISICA PRESENTA DOLOR MODERADO. AL EXAMEN FISICO PRESENTA DOLOR A LA EXTENSION.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	15:19	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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
2025-01-27	15:19	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	