

|                                       |               |                  |                            |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|---------------|------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|--|-------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                        |  | NÚMERO DE ARCHIVO |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |               | 1413             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES |                                  | II        | 1315623262                                              |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |               | SEGUNDO APELLIDO |                            | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| RODRIGUEZ                             |               | FLORES           |                            | JOSE                             |           | ANTONIO                                                 |  | M                 | 19/07/1999       | 26   | H                       | D | M | A |
|                                       |               |                  |                            |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |               |                  |                            | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                                              |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| 0-979194136                           |               |                  |                            |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |               |                  |                            | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | MOTIVO                                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |               |                  |                            | 2. Falta de espacio físico.      |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |               |                  |                            | 3. Falta de equipamiento.        |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  | X                 |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |               |                  |                            | 4. Equipos en mal estado.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |  | X                 |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |               |                  |                            | 5. Problemas de infraestructura. |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  | X                 |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN        |                  | PARROQUIA                  |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | FLAVIO ALFARO |                  | FLAVIO ALFARO              |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD  |
|-------------------------|--------------------------|------------------|---------------|
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | TRAUMATOLOGIA |

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 26 AÑOS EDAD , APP NO REFIERE . ACUDE POR CUADRO CLINICO , CARACTERIZADO DOLOR EDEMA Y DIFICULTAD PARA DEAMBULAR EN RODILLA AFECTADA , EXAMEN FISICO , CABEZA SPA CUELLO SPA, TORAX SPA CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RITMICOS RODILLA EDEMA Y DOLOR A LA PALPACION SIGNOS VITALES ESTABLES .

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

| E. DIAGNÓSTICO |                                     | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | INESTABILIDAD CRONICA DE LA RODILLA |                 |                 |     |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                     |                 |                 |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                     |                 |                 |     |     |     | 6. |     |     |     |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 07/07/2026                            | 12PM            | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1312022369                            |                 | ROMULO MUÑOZ  |                 |                  |

|                        |  |  |  |    |  |    |  |                        |  |  |  |    |  |    |  |
|------------------------|--|--|--|----|--|----|--|------------------------|--|--|--|----|--|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA |  |  |  | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |  | SI |  | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA       |  |  |  | x  |  |    |  | REFERENCIA INVERSA     |  |  |  |    |  |    |  |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|----------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| MSP                     | 1413      | HOSPITAL BÁSICO SAN ANDRÉS | II        |                                  |                   |

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD      | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|-------------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | CENTRO DE SALUD FALVIO ALFARO | 13D07    |                    |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |



| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|--|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                 |                 |     |     | 4.  |  |  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                 |                 |     |     | 5.  |  |  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                 |                 |     |     | 6.  |  |  |  |     |     |     |

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | 8am             | RÓMULO        | MUÑOZ           | MOREIRA          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |                 | SELLO            |
| 1312022369                            |                 | RÓMULO MUÑOZ  |                 |                  |