

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	CHAVARRIA	KIMBERLYN DILEIDY	13	01	2010	16 años, 1 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316008505	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y	098-512-1672 / (99)-999-9999
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	1316008505	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	03	05
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 15 AÑOS DE EDAD. APP NO REFIERE. ALERGIAS NO REFIERE. APF NO REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR DOLOR DE RODILLA IZQUIERDA HACE 3 MESES PACIENTE REFIERE QUE EN DOS OCACIONES HA SUFRIDO DE LUXACION DE RODILLA LA CUAL HAN PADASO POSTEIROR A CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURAL, EL DOLOR NO HA CEDIDO EVA 7/10 POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA PARA SU VALORACION. TAMBIEN PACIENTE REFIERE QUE HA PRESENTA DOLOR EN AMBOS OIDOS SE REALIZA LA EXAMNINACION CON OTOSCOPIO EL CUAL SE APRESEIA PRESENCIA DE CERA ABUNDANTE Y MEBRANA DE OIDOS DERECHO ABULTADA. POR LO QUE SE MANDA TRAMIENTO SINTOMATICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUXACION DE LA RODILLA	S831		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	10:46	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-03-05	10:46	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	