

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	SALAZAR	BRYAN ESTEFANO	08	05	2002	23 años, 2 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316339355	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LUIS MARIA PINTO y RICAURTE	098-618-6662 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316339355	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	07	22
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

ADULTO JOVEN SIN ANTECEDENTES PERSONALES NI ALERGIAS. HACE 10 DIAS MIENTRAS SE ENCONTRABA EN PARTIDO DE FUTBOL (SEMIPROFESIONAL) CORRIENDO A GRAN VELOCIDAD SUFRE GOLPE A NIVEL DE GEMELO IZQUIERDO OCASIONANDO DOLOR EVA 10/10 QUE LE IMPOSIBILITA REALIZAR MARCHA Y BIPEDESTACION. POSTERIOR A LO CUAL RECIBE MELOXICAM, NEUROBION, TENSORELAJANTES MUSCULARES PIROXICAM GEL Y REALIZACION DE TERAPIA FISICA POR 6 SESIONES SIN MEJORA DE CUADRO CLINICO, SE SOLICITA VALORACION DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBA DE CAJON ANTERIOR PRUEBA DE LACHMAN POSITIVAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DE LA RODILLA	S835		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-22	10:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	

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
2025-07-22	10:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	