

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VERA	GENESIS LIZBETH	28	01	2009	16 años, 9 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316747862	MANABI	CHONE	RICAU RTE	VIA CHONE QUITO y	096-270-1513 / (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	1316747862	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	11	13
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

ADOLESCENTE DE 16 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA APP NO REFIERE, APF NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE., PACIENTE QUE HACE 15 DIAS DE SUFRE CAIDA DE JUEGO MECANICO, LUEGO DE CAER TIENE DIAS CON POCO MOVILIDAD EN SU RODILLA IZQUIERDA, PACIENTE INDICA QUE NO TIENE MEJORIA A PESAR ANALGESIA, TOMÓ ETORICOXIB 90MG

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADOLESCENTE DE 16 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA APP NO REFIERE, APF NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE., PACIENTE QUE HACE 15 DIAS DE SUFRE CAIDA DE JUEGO MECANICO, LUEGO DE CAER TIENE DIAS CON POCO MOVILIDAD EN SU RODILLA IZQUIERDA, PACIENTE INDICA MEJORIA,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN LOS LIGAMENTOS LATERALES (EXTERNO) (INTERNO) DE LA RODILLA	S834	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	14:28	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-11-13	14:28	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	