

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VITERI	PULIDO	RICHARD DIVAN	06	05	2010	15 años, 10 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316935137	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LAS MERCEDES y 098-559-7746 / (99)-999-9999
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	1316935137	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Fisiatría	2026	03	09
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 ADOLESCENTE MASCULINO DE 15 AÑOS SIN PATOLOGIAS CONOCIDAS, AL MOMENTO DE LA CONSULTA VIENE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, REFIERE DOLOR ARTICULAR A NIVEL DE TOBILLO Y RODILLA INDICA QUE TUVO LESIONES PREVIAS JUGANDO Y QUE EL DOLOR SE MANTIENE CONSTANTE Y LE IMPIDE REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS CON REGULARIDAD. SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORADOR, RESPONDIENDO TODAS LAS PREGUNTAS REALIZADAS,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

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
2026-03-09	10:58	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA ELECTRONICA por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-09	10:58	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	