

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                          |                                                                                                                                                                           |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                                                                                                                                                                 | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   | 1245             | CS 24 H JUNIN            | C                                                                                                                                                                         | 1317440376                       | 1317440376        |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ALBAN                                 | CEVALLOS         | MARIA                    | NAHOMI                                                                                                                                                                    | M                                | 18/05/2001        | 23   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |                          | REFERENCIA                                                                                                                                                                | DERIVACIÓN                       |                   |      |                         |   |   |   |
| 0999326529 / calle velasco ibarra     |                  |                          | X                                                                                                                                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                          | MOTIVO                                                                                                                                                                    |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.                 |                                  |                   |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | JUNÍN            | JUNÍN                    | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutoria.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                                  |                   |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años de edad, sin app de interes. Acude a consulta refiriendo que de forma intermitente presenta dolor de rodillas, sin aumento de volumen, sin enrojecimiento de 6 meses de evolucion.. Trae eografía de partes blandas con cambio oseos, tendones y otras extructuras conservadas.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Ecografía de rodilla: leve edema oseó,

E. DIAGNOSTICO

|                 |                                                  |      |     |     |  |     |     |     |
|-----------------|--------------------------------------------------|------|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| PRE=PRE-SUNTIVO | DEF=                                             | CIE  | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO | m239 | X   | 4.  |  |     |     |     |
| 2.              |                                                  |      |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.              |                                                  |      |     | 6.  |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | 11:31        | RONALD        | LOOR            | OUIROZ           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA SELLO  |               |                 |                  |
| 1312184177                            |              |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                         |           |                          |           |                                  |                   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

|                 |      |     |     |     |  |     |     |     |
|-----------------|------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| PRE=PRE-SUNTIVO | DEF= | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
| 1.              |      |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.              |      |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.              |      |     |     | 6.  |  |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA SELLO  |               |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |