

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOOR             | MALA             | ABELARDO ANTONIO | 02                  | 04  | 2004 | 21 años, 4 meses, 18 días | Hombre  |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350333413        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | MMMMMMMMMMMM y               | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1350333413      | NAUSE                    | 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 |  | 2025  | 08  | 20  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                       |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente masculino de 21 años de edad, refiere antecedente de caída ocurrida hace aproximadamente 1 año, posterior a la cual no recibió atención médica ni tratamiento. Actualmente consulta por persistencia de molestias y alteración funcional de rodilla. Examen físico: Paciente en buen estado general, consciente y orientado. En extremidad inferior afectada se observa deformidad evidente a nivel de rodilla, con limitación funcional parcial en flexo-extensión. No se evidencian signos inflamatorios agudos (eritema, calor o aumento de volumen). Marcha con dificultad. Pulsos periféricos conservados, sensibilidad y movilidad distal presentes. Impresión diagnóstica: Secuela de traumatismo de rodilla con deformidad ósea/articular a descartar (posible luxación antigua, fractura consolidada en mala posición o lesión ligamentaria crónica).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

antecedente de caída ocurrida hace aproximadamente 1 año, posterior a la cual no recibió atención médica ni tratamiento. Actualmente consulta por persistencia de molestias y alteración funcional de rodilla. Examen físico: Paciente en buen estado general, consciente y orientado.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DEFORMIDAD ADQUIRIDA DEL MIEMBRO, NO ESPECIFICADA | M219   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-20 | 11:27 | Medicina Rural | EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO | 1316282464 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-20 | 11:27 | Medicina Rural | EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO | 1316282464 |       |

