

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						
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1350517353	1350517353						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
SANCHEZ	MOLINA	CRISTHIAN	RAMIRO	M	27/9/200	23	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
099127256		NO APORTA									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
		2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
		3. Falta de equipamiento.			7. Insuficiencia de profesionales.						
		4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutoria						
		5. Problemas de			9. Ausencia de la prestación en la cartera de						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEON DAVILA EXTERNA CORDOVA	CONSULTA	TRAUMATOLOGÍA

PACIENTE MASCULINO DE 22 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE RUPTURA DE LIGAMENTO COLATERAL LATERAL IZQUIERDO HACE 1 AÑO. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR LOCALIZADO EN RODILLA IZQUIERDA DE INTENSIDAD 7/10 QUE SE INTENSIFICA CON EL MOVIMIENTO Y NO CEDE CON EL RESPOSO NI CON IBUPROFENO. REFIERE DIFICULTAD A LA MARCHA POR LO CUAL ACUDIO A REHABILITACIÓN SIN MEJORA ALGUNA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, GLASGOW 15/15, TIA: 107/70, FC80, SATO2 99%, FR 20.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTRA RUPTURA ESPONTANEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	M236	X					
2.	INESTABILIDAD CRONICA DE LA RODILLA	M235	X					
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/11/2025		LUIS	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1803403326				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO 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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.								
2.								
3.								

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	