

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMORA	RITA SARAI	27	11	2006	18 años, 1 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350693790	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	093-9979-208 / 098-0278-754
Ver instructivo	Describir Pais	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	1350693790	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GNERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	01	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año	

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

(16/01/2025)PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD CON APP: HIPERTIROIDISMO. ALERGIAS: AMBROXOL ACUDE DE NUEVO A ESTA CASA DE SALUD CON INTENSO DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA E INFLAMACIÓN QUE IMPIDE MOVILIDAD, MENCIONA QUE ESTO OCURRIÓ MIENTRAS CAMINABA CON NORMALIDAD EL DÍA DE AYER Y HA EMPEORADO AL DÍA DE HOY.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX SIN ALTERACIÓN O COMPROMISO EVIDENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA RUPTURA ESPONTANEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	M236	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-16	10:09	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	 Firmado electrónicamente por: DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ


Firmado electrónicamente por:
HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN

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/Área	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