

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MENDOZA	LUIS ARIEL	01	05	2009	15 años, 5 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351216351	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-875-6817 /
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	1351216351	SAN ANTONIO	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		2024	10	07
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 ☐

RODILLA DERECHA, CAJON ANTERIOR POSITIVO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 15 AÑOS DE EDAD, NO SE REFIEREN ANTECEDENTES CLINICOS O QUIURURGICOS. PACIENTE ACUDE CON REFERENCIA INVERSA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO PARA VALORACION POR TRAUMATOLOGIA. CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION DE DOLOR EN RODILLA DERECHA, CAJON POSTERIOR NEGATIVA, CAJON ANTERIOR POSITIVA. NUMERO TELEFONICO: 0988756817 // 095267862

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CAJON ANTERIOR POSITIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO	M239	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-07	15:00	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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 clinico

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
2024-10-07	15:00	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	