

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	WILLIAMS JOHANN	10	06	2014	11 años, 10 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	1351793888	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SD y SD	099-736-2291 /
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	1351793888	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	16
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



3. Resumen del cuadro clínico

ADOLESCENTE MASCULINO DE 11 AÑOS DE EDAD CON APP DE DOLOR ARTICULAR DE LARGA EVOLUCION, DE APROXIMADAMENTE 8 AÑOS SEGÚN MADRE, DE INTENSIDAD MODERADA, ASOCIADO A DEFORMIDAD PROGRESIVA A NIVEL DE RODILLA DERECHA, SIN RESOLUCIÓN CON MANEJO ANALGÉSICO Y TERAPIAS FÍSICAS. REFIERE QUE EL CUADRO HA SIDO CRÓNICO, PERSISTENTE Y PROGRESIVO, CON INTERMITENCIA DEL DOLOR, TENIA CONTROLES PREVIOS EN HOSPITAL DE CHONE, SIN EMBARGO EL PACIENTE PERDIÓ SEGUIMIENTO. EN ESTUDIOS RADIOLÓGICOS PREVIOS DEL 2024 SE EVIDENCIA SOMBRA A NIVEL DE TIBIA DERECHA, NO TIENE RADIOGRAFIA ACTUAL POR FALTA DE RECURSOS PARA REALIZAR EXAMEN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0997362291

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA		M238		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-16	08:57	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-04-16	08:57	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	