

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	ZAMBRANO	JOSE ELIAN	31	10	2015	10 años, 2 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352229841	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	KM3 y	097-928-0879 / (99)-999-9999
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	1352229841	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2026	01	19	
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

PACIENTE MASCULINO DE 10 AÑOS CON ANTECEDENTES DE UNA SUBLUXACION DE RODILLA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS POSTERIOR A UNA CAIDA QUE TUVO ACUDE CON SU MADRE A CONSULTA QUIEN REFIERE QUE PRESENTA DOLOR EN AMBAS RODILLAS Y EL ADOLESCENTE INDICA CRUJIDO, NIEGA OTROS SINTOMAS. AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA SANGUÍNEA: GLUCOSA: 99.88; COLESTEROL: 255.32; TRIGLICERIDOS: 125.5; TGO: 49.11; TGP: 67.71

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUBLUXACION RECIDIVANTE DE LA ROTULA	M221		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-19	15:07	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firma únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-19	15:07	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	