

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAZURTO	MERO	DYLAN LEONARDO	19	06	2016	9 años, 0 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	1352384919	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	NA y	098-320-5286 /
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	1352384919	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	08
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 DE 9 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CONTROL MEDICO Y POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR OCASIONAL EN RODILLA DERECHA, MADRE REFIERE QUE AL CORRER PACIENTE ROTA LA RODILLA MEDIALMENTE, OCASIONANDO EN OCASIONES CAÍDAS. REFIERE QUE FUE POSTERIOR A TRAUMATISMO CUANDO TENÍA UN AÑO DE VIDA, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN EN RODILLA DERECHA, NO DOLOR A LA EXTENSIÓN Y FLEXIÓN, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0983205286 // 0980037419

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-08	08:22	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-07-08	08:22	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	