

A.DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO/PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP			ROCAFUERTE	B	1723597959		1723597959					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN DE AD(¿MARCAR?)			
PILLAJO	CHINCHIN		GEOVANNA		ALEXANDRA	M	26/09/1990	34	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
999209294		seguro general		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
MANABI		ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive.				
				4. Equipo en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
				5. Problemas de infraestructura.						X		

B.DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE- DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL N. NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	traumatología

C.RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 34 años de edad, acude por dolor en rodilla derecha de moderada intensidad, pérdida de estabilidad, refiere que esta sintomatología se evidencia desde hace más de un año, y que hace 3 meses también presenta sintomatología en rodilla izquierda. Toma analgesia ibuprofeno de 800 mg por razones necesarias, dolor aumenta de intensidad con la bipedestación.

D.HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ESTUDIO RADIOLOGICO DE RODILLA IZQUIERDA EN PROYECCIONES AP Y LATERAL, CON CARGA EVIDENCIÁNDOSE: CONSERVACIÓN DEL INTERESPACIO ARTICULAR FEMOROTIBIAL, A NIVEL DE AMBOS COMPARTIMENTOS.

E.DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESORTIO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO	M239		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F.DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
18/02/2025	9:20	MARIA	MUÑOZ	ALCIVAR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1311713919				

G.EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A.DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B.DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C.RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D.HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E.TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F.DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESORTIO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G.TRATAMIENTO RECOMENDADO O A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H.DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO