



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL

ESTABLECIMIENTO:				LOCALIDAD:			
APELLIDO PATERNO <i>Fuentes</i>		MATERNO <i>Paez</i>		NOMBRES <i>Oscar Bladimir</i>		N° HISTORIA CLÍNICA <i>1373508</i>	
N° CEDULA DE IDENTIDAD <i>1715049274</i>		N° AFILIACIÓN		TIPO DE BENEFICIARIO Act. <input checked="" type="checkbox"/> Jub. <input type="checkbox"/> S.S.C. <input type="checkbox"/> Vol. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indique			
FECHA DE NACIMIENTO DÍA <i>07</i> MES <i>12</i> AÑO <i>82</i>			SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL S. <input type="checkbox"/> C. <input checked="" type="checkbox"/> V. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		OCUPACIÓN ACTUAL <i>Empleado público</i>	
SERVICIO		SALA		CAMA	CONSULTA EXTERNA <i>Traumatología</i>	FECHA ADMISIÓN	MÉDICO SOLICITANTE

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

SERVICIO CONSULTADO <i>Rehabilitación</i>	FECHA <i>23/10/2019</i>	NOMBRE DEL MÉDICO CONSULTADO
--	----------------------------	------------------------------

SINTOMATOLOGÍA PRINCIPAL *Paciente operado de ligamento cruzado anterior, Menisco y lesiones osteocondrales*

HALLAZGOS DE LABORATORIO y/o EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

DIAGNÓSTICO CLÍNICO *Severa de rotura de ligamento cruzado anterior*

SE SOLICITA *10 sesiones de Rehabilitación de Miembro Inferior Izquierdo (Rodilla Izq) - Electroanalgesia y Fortalecimiento muscular*

INFORME DE INTERCONSULTA

CRITERIOS CLÍNICOS