



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO										
MSP		001414	Sesme		CS-A	1307251031													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Sacon		Zambrano		Fredy		Orlando		H	18-12-1971	54	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0958881619				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
13				5. Problemas de infraestructura.															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Fisiatria	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MAS CULINO DE 54 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONTROL MÉDICO Y VALORACIÓN PARA REFERENCIA A FIS IATRÍA Y TERAPIAFÍS ICA- CON ANTECEDENTE DE TRAUMATIS MO EN DEDO PULGAR DE MANO DE APROXIMADAMENTE 5 MES ES DE EVOLUCIÓN. REFIEREQUE POS TERIOR AL TRAUMA PRES ENTÓ DOLOR- DEFORMIDAD Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL PULGAR- POR LO QUE EN ES E MOMENTOS E REALIZÓ ES TUDIO RADIOLÓGICO- EL CUAL REPORTÓ LUXACIÓN DEL PRIMER METACARPIANO Y DE LA ARTICULACIÓN ENTRE PRIMERAY S EGUNDA FALANGE DEL PULGAR. PACIENTE MANIFIES TA QUE DES DE LA REALIZACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA NO HA TENIDOCONTROLES MÉDICOS POS TERIORES NI MANEJO ES PECIALIZADO- ACUDIENDO ÚNICAMENTE A MANIPULACIONES EMPÍRICAS(?S OBADORES ?) S IN PRES ENTAR MEJORÍA CLÍNICA. ACTUALMENTE PERS IS TE CON DOLOR A LA MOVILIZACIÓN- DIS MINUCIÓN DEFUERZA- LIMITACIÓN FUNCIONAL Y RES TRICCIÓN DEL RANGO DE MOVIMIENTO DEL DEDO AFECTADO- LO QUE INTERFIERE EN S USACTIVIDADES COTIDIANAS . NIEGA CAMBIOS DE COLORACIÓN- PARES TES IAS O DATOS DE COMPROMIS O NEUROVAS CULAR DIS TAL.DEBIDO A LA EVOLUCIÓN CRÓNICA DEL CUADRO Y A LA AUS ENCIA DE CONTROLES POS TERIORES - S E EXPLICA LA IMPORTANCIA DECONTINUAR MANEJO MÉDICO ES PECIALIZADO- EVITAR MANIPULACIONES NO PROFES IONALES Y S E INICIAN TRÁMITES DE REFERENCIAPARA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGÍA- FIS IATRÍA E INICIO DE TERAPIA FÍS ICA Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
N/A

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Luxacion De Dedos De La Mano		S631		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-21	11:55	Keily		Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1313408427					

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		TIPOLOGIA	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= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.				4.				
2.				5.				
3.				6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO 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		