

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVARADO	MERA	RITA MARIUXI	23	02	1998	27 años, 8 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311383150	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROGA y	099-999-9999 /
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	1311383150	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	11	17	
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

MUJER DE 27 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 70%, CON APP EPILEPSIA +RETRASO MENTAL QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE LA CUIDADORA POR CUADRO CLINICO DE 1 MES APROXIMADAMENTE CARACTERIADO POR DOLOR Y LUXACION DE FALANGE PROXIMAL DE 5TO DEDO IZQUIERDO, SE LE REALIZO EN 2 OCACIONES REDUCCION DE DEDO AFECTADO SIN MEJORIA DE CUDRO POR NO TENER EL CUIDADO ADECUADO DE PACIENTE POR SU PATOLOGIA Y POR CAIDAS AL EXAMEN FISICO SE APRECIA DEFORMIDAD EN DEDO MEÑIQUE DE MANO IZQUIERDA, DOLOR A LA PALPACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE MANO IZQUIERDA, SE APRECIA LUXACION DE DEDO MEÑIQUE A NIVEL DE FALANGE
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUXACION DE DEDOS DE LA MANO	S631		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-17	10:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-11-17	10:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	