

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLANUEVA	CEDEÑO	JOSE LUIS	21	05	1999	26 años, 3 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0940133507	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-780-4299 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0940133507	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	09	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 MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR HACE 10 DÍAS ENROJECIMIENTO, EDEMA Y CALOR EN CIRUGÍA DE FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL Y MEDIAL DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO, ADEMÁS DE DOLOR EVA 7/10. AL MOMENTO PACIENTE NO REFIERE ALZA TÉRMICA, NI MALESTAR GENERAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MANO: SIGNOS DE INFECCIÓN EN DEDO ANULAR IZQUIERDO POSTERIOR A CIRUGÍA POR FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL Y MEDIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION POSTRAUMATICA DE HERIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	T793		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	12:08	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2025-09-08	12:08	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	