

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CARRANZA	MIKAELA JESSENIA	02	10	2003	22 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0942460080	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	TERCERCERA TRNSV AV EJERCITO y	097-934-9707 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0942460080	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	11
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

USUARIO OCN TRAUATISMO DE FALANGE PROXIMAL DE DEDO INDICE DE MANO DERECHA CON CONSOLIDACION DE CICATRIZ OSEA QUE PRODUCE DOLOR MODERADO INTENSO Y LIMITACION DE FLEXION DE ARTICULACION MENCIONADA... TRAE CONSIGO RX DE MANO QUE CORROBORA PROCESO DE CONSOLIDACION POR FRACTURA DOBLE DE FALANGE PROXIMAL.. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA TUMORACION DE INDICE CON LIMITACION FUNCIONAL Y DOLOR A PALPACION... ID: FRACTURA DE DEDO DE LA MANO... PLAN: REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : SOLUCION DE CONTINUIDAD OBLICUA DOBLE TRAZO DE FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL DEL INDICE DE MANO DERECHA. PERSISTIENDO CON DEFORMIDAD REGULAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	S626		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-11	13:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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 clinico

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
2026-06-11	13:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	