

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEÑA	SACON	PABLO RAFAEL	04	12	1946	79 años, 7 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300679584	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PLAYITA y	098-423-0026 /
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	1300679584	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☒

Falta de profesional ☐

* dedo con edema difuso de predominio en la falange proximal y región de la articulación interfalángica proximal. * Dolor a la palpación ósea y articular. * Limitación de los arcos de movimiento por dolor. * Sin heridas abiertas ni signos evidentes de infección. * Perfusión distal conservada, llenado capilar <2 segundos y sensibilidad distal preservada.

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente adulto mayor que refiere antecedente de caída en una bicicleta por evitar mordida de un perro hace 9 días, con traumatismo directo sobre la mano. Fue valorado en una unidad del IESS, donde se realizó radiografía de la mano, reportándose lesión ósea del dedo afectado (pendiente de verificar informe radiológico). Se indicó inmovilización, la cual ha mantenido durante los últimos cuatro días. Acude por persistencia de dolor, edema importante y limitación funcional del dedo anular de la mano, con dificultad para la flexión y extensión. Niega fiebre, heridas abiertas o secreción.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0984230026

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	15:21	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-07-16	15:21	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	