

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	RIVADENEIRA	FLORA CELESTE	09	04	1951	75 años, 0 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301557987	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	ATAHUALPA y ATAHUALPA	096-998-0765 /
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	1301557987	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	05	06
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 FEMENINA DE 75 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: COLECISTECTOMIA, AA: NO REFIERE, ACUDE PORQUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 20 DÍAS DE EVOLUCIÓN, POSTERIOR A TRAUMATISMO DIRECTO POR CAÍDA QUE PERCUTE EN MANO, ACUDE A CONSULTA CON TRAUMATOLOGO DONDE LE REALIZAN RX Y LE DAN DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE PULGAR. LE INDICA QUE TIENE QUE ACUDIR AL CENTRO DE SALUD PARA SOLICITAR REFERENCIA CON FISIATRÍA, LA PACIENTE REFIERE DOLOR LOCALIZADO EN PRIMER DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, DE TIPO PUNZANTE, DE INTENSIDAD 7/10, QUE SE EXACERBA CON LA MOVILIZACIÓN Y LA PRENSIÓN DE OBJETOS. ASOCIA EDEMA, LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA MOVIMIENTOS DE FLEXIÓN, EXTENSIÓN Y OPOSICIÓN DEL PULGAR, ASÍ COMO DISMINUCIÓN DE LA FUERZA EN LA MANO AFECTADA. NIEGA PARESTESIAS O CAMBIOS DE COLORACIÓN DISTAL. HA RECIBIDO MANEJO INICIAL CON INMOVILIZACIÓN Y ANALGÉSICOS (IBUPROFENO), CON MEJORÍA PARCIAL DEL DOLOR. ACUDE PARA VALORACIÓN Y MANEJO POR TERAPIA FÍSICA CON EL OBJETIVO DE RECUPERAR MOVILIDAD, FUERZA Y FUNCIONALIDAD DEL DEDO AFECTADO. 0969980765

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DEL PULGAR	S625		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	09:01	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-06	09:01	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

