

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MENENDEZ	MAGDA MARIA	24	04	1958	67 años, 10 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303477309	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	DDD 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	1303477309	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Reumatología	2026	03	02
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 FEMENINO DE 67 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA, CON CUADRO CLÍNICO DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN MANO DERECHA E IZQUIERDA, ASOCIADO A BLOQUEO MECÁNICO EN FLEXIÓN DE DEDO (DEDO EN GATILLO), QUE REQUIERE EXTENSIÓN PASIVA PARA LIBERAR EL MOVIMIENTO. REFIERE DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, ADEMÁS REFIERE ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA, ACOMPAÑADA DE ODINOFAGIA. NIEGA ALERGIAS. PACIENTE FEBRIL (37.5), HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADORA AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEDO EN GATILLO CON DOLOR CRONICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEDO EN GATILLO	M653		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-02	10:51	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-02	10:51	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	