

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JARAMILLO	OBANDO	MARIA DOLORES	30	01	1960	65 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303711921	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO LIMON 1 y VIA A CANUTO	096-929-4670 /
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	1303711921	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	Fisiatría		2025	03	10
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 65 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE PARA REVISION DE RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA SOLICITADA COMO CONTROL POR FRACTURA EN DEDO ANULAR HACE UN MES . AL MOMENTO SE OBSERVA DEFORMIDAD E INFLAMACION EN MANO AFECTADA, LIMITACION A LA FLEXION DE LA MISMA. EN RADIOGRAFIA SE OBSERVA FRACTURA EN EXTREMIDAD DISTAL DE FALANGE MEDIA DEL DEDO ANULAR DERECHO AL MOMENTO YA EN PROCESO DE CONSOLIDACION Y ALINEADA. AUN SE OBSERVA CAYO OSEO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DE MANO DERECHA: FRACTURA DE EXTREMIDAD DISTAL DE FALANGE MEDIA ALINEADA Y EN PROCESO DE CONSOLIDACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-10	08:05	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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