

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHICHANDA	LOOR	DOMITILA CANDELARIA	03	12	1961	63 años, 8 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303880049	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE ECUADOR y TRANSVERSAL 4	098-719-0511 /
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	1303880049	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA	Consulta externa	Reumatología	2025	08	19
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

CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR DE TIPO PUNZANTE EN DEDO MEDIO DE MANO IZQUIERDA DESDE HACE MAS O MENOS 7 MESES DE EVOLUCION COMO PRIMER EPISODIO HACE 3 MESES PRESENTA SINTOMAS DE MANERA CONSTANTE ACTUALMETE SIN RESOLUCION, EN OCASIONES CONSUME MEDICACION ANTIFLAMATORIA EN EL SEDE EL DOLOR MANTENIENDO LA RIGIDEZ MANTUVO REHABILITACION FISICA DURANTE 2 MESES SIN MEJORIA DE PATOLOGIA. EXAMEN FISICO: MANO DERECHA: DEDO MEDIO EN GATILLO. PACIENTE REALIZA REHABILITACION FISICA DURANTE 10 DIAS CONSECUTIVOS (PATRONATO) PACIENTE SIN MEJORIA CLINICA, ADEMAS REFIERE PRESENTAR DOLORES EN ARTICULACIONES DE AMBAS RODILLAS Y CODOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEDO EN GATILLO	M653		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	11:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-08-19	11:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	