

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
CHICHANDA		LOOR		DOMITILA CANDELARIA		3	12	1961	63	M
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO		
ECUATORIANA	ECUADOR	1303880049	13	2	50	CALLE ECUADRO Y TRANSVERSAL		9871905117		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR		

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTRUCCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA			
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		C.S. INES MORENO		A	13D06			
REFIERE O DERIVA A:						FECHA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA		23	9	2025
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO	

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1	☒	Saturacion de capacidad instalada	4	☐
Ausencia temporal del profesional	2	☐	Otros/ Especifique	5	☐
Falta de profesional	3	☐			

3. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

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 PPRESENTAR DOLORES EN ARTICULACIONES DE AMBAS RODILLAS Y CODOS.

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Antiestreptolisina (ASTO) Cualitativo Negativo Factor Reumatoideo (LATEX) Cualitativo Positivo (+) PCR Cualitativo Negativo

5. DIAGNÓSTICO

1	DEDO EN GATILLO	CIE -10	PRE	DEF
2		M653		☒

NOMBRE DEL PROFESIONAL: MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA CODIGO MSP 1723141550 FIRMA

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

1. DATOS INSTRUCCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:						FECHA	
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCECIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNÓSTICO

1		CIE -10	PRE	DEF
2				

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA	
---------------------------	--