

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CONTRERA	MAGNO SIGIFREDO	19	08	1958	66 años, 2 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305955195	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA 30 DE MARZO y 5 DE JUNIO	095-988-0725 /
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	1305955195	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2024	10	24
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

USUARIO ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTES DE LESIÓN TENDINOSA EN MANO DERECHA PRODUCTO HERIDA POR MACHETE (ACCIDENTE DE TRABAJO) ES ASISTIDO POR MEDICO QUIEN SEGUN ,MENCIONA SUTURA LAS HERIDAS POSTERIOR A ESTE EVENTO NO LOGRA FLEXO EXTENSIÓN DE DEDOS DE MANO DERECHA LA MISMA QUE EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA CON DEFORMIDAD ÍNTER FALANGICAS DE LOS 4 PRIMERO DEDOS Y A NIVEL DEL PULGAR NO LOGRA FLEXIÓN ÍNTER FALANGICA, ADEMAS MENCIONA PROBLEMAS DE DIFICULTAD VISUAL SIN CAUSA APARENTE , SE SOLICITA EVALUACIÓN DE ESPECIALIDAD (TRAUMATOLOGÍA) PREVIA EVALUACIÓN EN EL ÁMBITO DE DISCFAPACIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD DE DEDO(S) DE LA MANO	M200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-24	09:51	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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
2024-10-24	09:51	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	