

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	GILER	FREDY ELI	08	02	1970	54 años, 11 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306124585	MANABI	CHONE	CONVENTO	AGUSTIN GILER y PEDRO VERA FAULA	099-836-3362 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area				
MSP	1306124585	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4				
Refiere o Deriva a:				Fecha				
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	01	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP: HTA NO CONTROLADA AL MOMENTO CON LIMITACION FUNCIONAL DE MANO DERECHA POR AMPUTACION TRAUMATICA DE DEDO INDICE DE MANO DERECHA MIENTRAS REALIZABA ACTIVIDADES DE EBANISTERIA CON UNA SIERRA PACIENTE REFIERE DOLOR DIFICULTAD PARA AGARRAR OBJETOS MOTIVO POR EL CUAL CUDE AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA PARA VALORACION DE DISCAPACIDAD AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS, TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES, EXTREMIDADES SUPERIORES PERDIDA DE DEDO PULGAR DE MANO DERECHA INFERIORES: SIMÉTRICAS, NO HAY EDEMA. MUCOSAS, HIDRATADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON LIMITACION FUNCIONAL EN MANO DERECHA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S698		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-16	09:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-01-16	09:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

