

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	GILER	FREDY ELI	08	02	1970	55 años, 0 meses, 19 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	CHONE (URBANO)	CALLE AGUSTIN GILER y	099-836-3362 /
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	1306124585	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	Fisiatría	2025	02	27
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 QUE ACUDE POR REFERIR QUE HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS SUFRE ACCIDENTE LABORAL CON MAQUINA (CANTEADORA) PRESENTANDO AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 5TO DEDO DE MANO DERECHA DESDE LA ARTICULACIÓN METACARPO FALANGICA ADEMÁS DE TENDONES EN MANO QUE INVOLUCRAN EL RESTO DE DEDOS DE LA MISMA MANO CON LO CUAL SE DIFICULTA LA PRENSIÓN, REALIZO TERAPIAS FÍSICAS MEJORANDO PARCIALMENTE LA FLEXO EXTENSIÓN DE DEDOS MÁS SIN EMBARGO PRESENTA DIFICULTAD DE REALIZAR PRENSIÓN, TRAE ANEXO DE TRAUMATOLOGÍA SIN EMBARGO NO SE ESPECIFICA ACERCA DE NO SE MENCIONA ACERCA DEL PROBLEMA EN EL RESTO DE DEDOS, SE HARÁ REFERENCIA A FISIATRÍA. SE EXPLICA ACERCA DE LA NORMATIVA 00227 SOBRE INFORMES ESPECIALIZADOS QUE APORTEN CON MAYOR INFORMACIÓN DE LOS CASOS .
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS, A NIVEL DEL ANTEBRAZO	S568	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	07:07	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 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