

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAILON	MENDOZA	RAMONA DE JESUS	04	06	1971	54 años, 7 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306451905	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MALECON DEL RIO y CARLOS CONCHA	099-916-7252 /
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	1306451905	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:							Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG			2026	01	08
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

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS *** APP: GASTRITIS + ASMA ***APQ: HERNIA UMBILICAL + LIPOMA ***AA: NR _____ REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO DOLOR A NIVEL DE TUNEL CARPIANO EN ANTEBRAZO DERECHO, ACOMPAÑADO DE EDEMA Y DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS. INDICA QUE FUE LUEGO DE REALIZAR UN MAL MOVIMIENTO. NIEGA CAÍDA O TRAUMATISMO. + DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO EN SITIO DE EXTRACCIÓN DE LIPOMA (2024) + DOLOR EN BRAZO IZQUIERDA A NIVEL DEBAJO DE SURCO, SE PALPA MASA DEPRESIBLE,MOVIL, DOLOROSA. ***** AL MOMENTO, PACIENTE ALGICA, COLABORADORA AL INTERROGATORIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ABORDAJE POR ESPECIALIDAD POR MULTIPLES PATOLOGIAS
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-08	14:14	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-08	14:14	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	