

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	LAAZ	MANUEL BERNALDE	08	12	1970	54 años, 7 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306792951	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PASO LATERAL y	099-569-7437 /
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	1306792951	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	07	30
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 clínico

PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PERSONALES DE RELEVANCIA ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR DOLOR EN MANOS ACOMPAÑADO DE ENTUMECIMIENTO, PACIENTE REFIERE QUE A VECES EL DOLOR IMPIDE HASTA AGARRAR EL TELEFONO CELULAR
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: ASTO 50 PCR 1 FR 2 HEMATOLOGIA: HEMATOCRITO 47.9 HEMOGLOBINA 16.6 EOSINOFILOS 5 BASOFILOS NEUTROFILOS 55 LINFOCITOS 32 MONOCITOS8 QUIMICA: GLUCOSA 88 UREA 26 CREATININA 0.7 ACIDO URICO 3.5 COLESTEROL 260 TRIGLICERIDOS 80 TGO 25 TGP 27 COPROLOGICO: COLOR CAFE CONSISTENCIA PASTOSA PARASITOLOGIA DIRECTOS QUISTE DE AMEBA COLI ESCASOS FLORA BACTERIANA NORMAL UROANALISIS: DENSIDAD 1030 PH 6 FILAMENTOS MUCOSO LEUCOCITOS 2-3 HEMATIES 0-1
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE QUERVAIN]	M654	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	08:53	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	 Firmado electrónicamente por: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA 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