

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	ARAUZ	VENUS AUXILIADORA	24	05	1980	45 años, 9 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307370583	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO MATA DE PLATANO y SITIO MATA DE PLATANO	099-142-1893 /
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	1307370583	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	03	20
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS CON APP DE DIABEES HACE 25 AÑOS, EN CONTROL CON INSULINA NPH 20 UI MAÑANA Y 20 IU NOCHE Y METFORMINA 1000 MG UNA VEZ AL DIA. PACIENTE ACUDE SOLICITANDO MEDICACIO Y ADICIONAL REFIERE QUE DUELEN LOS DEDOS, QUE AL ABRIR LA MANO UN DEDO "SALTA" Y LE CUESTA ABRIRSE Y CERRSE. COMPATIBLE CON DEDO EN GATILLO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEDO EN GATILLO CRONICO, EPISODICO, ULTIMO CUADRO (EL ACTUAL) ESTA PRESENTE DESDE HACE 4 MESES Y SE ACOMPAÑA DE DOLOR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEDO EN GATILLO	M653		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-20	12:57	Medicina Rural	HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA	1727573154	

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
2026-03-20	12:57	Medicina Rural	HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA	1727573154	