

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	VERA	MARIA FILERMA	21	10	1972	53 años, 3 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307700672	MANABI	CHONE	CANUTO	BOCA DE LA CHORRERA y X	099-532-6254 /
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	1307700672	CANUTO	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		2026	01	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

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CRÓNICO DE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DOLOR EN AMBAS MANOS, DESCRITO COMO SENSACIÓN TIPO “CORRIENTE” Y QUEMAZÓN, DE PREDOMINIO NOCTURNO, QUE SE EXACERBA DURANTE LAS NOCHES Y DIFICULTA LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA A PESAR DE MEDIDAS CONSERVADORAS PREVIAS. NIEGA OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA. POR LA CRONICIDAD DEL CUADRO, CARACTERÍSTICAS NEUROPÁTICAS DEL DOLOR Y COMPROMISO FUNCIONAL, SE CONSIDERA NECESARIA REFERENCIA A SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y CONDUCTA DEFINITIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR A LA PALPACIÓN EN AMBAS MANOS, CON PARESTESIAS REFERIDAS, DISMINUCIÓN DE LA FUERZA DE PRENSIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES COTIDIANAS, SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN AGUDA NI COMPROMISO VASCULAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	G560	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	08:45	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-01-27	08:45	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

