

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VIDAL	CRUZ MANUEL	10	05	1972	52 años, 9 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308714367	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	096-843-8231 /
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	1308714367	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	03	05	
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

HOMBRE DE 52 AÑOS CON APP DE HTA Y DM 2 INSULINODEPENDIENTE APQ AMPUTACION DE 1ER DEDO DE PIES IZQUIERDO CON TRAUMATISMO DE MANO IZQUIERDA Y DEDOS POR HERIDA DE ARMA BLANCA, HACE UN AÑO ALERGIA NIEGA APF; PADRE CON DM Y HTA HERMANA CON DIABETES ACUDE A CONTROL DE SALUD DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASNMISIBLES REFIERE VALORACION PARA CARNET DE DISCAPACIDAD POR SECUELA EN MANO IZQUIERDA POSTERIOR A HERIDA PENETRANTE DE ARMA BLANCA (MACHETE) COMPROMETIENDO LIGAMENTO Y TENDONES DE MANO LO QUE LE DIFICULTA LAS LABORES DIARIAS COMO SINTOMAS A COMPAÑANTE PERDIDA DE FURZA Y PERDIDA DE SENSIBLIDAD SIN PODER REALIZAR APERTURA Y CIERRE DE DEDOS (MEÑIQUE ANULAR Y MEDIO) HOY ASINTOMATICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S699		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-05	11:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-03-05	11:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

