

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	ANCHUNDIA	GEOVANNY ANTONIO	24	01	1980	46 años, 5 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	1310013741	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRES y	096-164-2365 /
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	1310013741	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	07	16
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 MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE. APQ: CIRUGÍA EN MANO IZQUIERDA POSTERIOR A ACCIDENTE CON AMOLADORA HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES. APF: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DIFICULTAD PARA MOVILIZAR LA MANO IZQUIERDA, CON IMPOSIBILIDAD PARA EXTENDER EL CUARTO Y QUINTO DEDO, ASÍ COMO LIMITACIÓN PARA LA FLEXIÓN, SIN LOGRAR EL CIERRE COMPLETO DE LA MANO. REFIERE ADEMÁS SENSACIÓN TIPO PARESTESIA DE FORMA INTERMITENTE. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN DEL RANGO DE MOVIMIENTO DEL CUARTO Y QUINTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, CON AFECTACIÓN FUNCIONAL PARA LA PRENSIÓN. POR LO ANTERIOR, SE REALIZA REFERENCIA AL SERVICIO DE FISIATRÍA PARA VALORACIÓN Y MANEJO REHABILITADOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LIMITACIÓN DEL RANGO DE MOVIMIENTO DEL CUARTO Y QUINTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, CON AFECTACIÓN FUNCIONAL PARA LA PRENSIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S668	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	12:37	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-07-16	12:37	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

