

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PINARGOTE	GLENDIA MARIELIZA	08	08	1980	44 años, 5 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310043821	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CIUDADELA GONZALEZ y SN	099-549-7078 / 052699193
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	1310043821	SAN ANTONIO	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		2025	02	05
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	☐	LESION NODULAR EN FALANGE QUE IMPIDE EL TRABAJO COTIDIANO	

3. Resumen del cuadro clinico

EMENINA DE 44 AÑOS, CON ANTECEDENTES CLINICOS DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON IBERSARTAN 150 MG QD, BISOPROLOL 5 MG QD, OBESIDAD, NO ANTECEDENTES QUIRURGICOS. PACIENTE CON DOLOR A MOVIMIENTO DE REPETICION EN MANO DERECHA, ADEMAS DE SENSACION DE MASA EN QUITA FALANGE, TRAE ECOGRAFIA QUE MUESTRA EN QUINTO DEDO DE LA MANO DERECHAEN TERCIO DISTAL LESION DE ASPECTO NODULAR LOCALIZADA EN ESPESOS DE MATRIZ UNGUEAL MEDIA, SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: EN QUINTO DEDO DE MANO DERECHA EN EL TERCIO DISTAL, SE APRECIA LESION DE ASPECTO NODULAR LOCALIZADA EN ESPESOR DE MATRIZ UNGUEAL MEDIAL LESION DE ASPECTO NODULAR SOLIDA CON TEXTURA HETEROGENEA ISOECOGENICA PRESENTA CONTORNOS BIEN DEFINIDOS MIDE 0,2 X 0,13 X 0,14 CM PRESENTA VOLUMEN DE 6ML, EDEMA PERILESIONAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NODULOS INTERFALANGICOS	M721		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-05	11:36	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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 clínico

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
2025-02-05	11:36	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

