

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	SALTOS	SENOVIA DEL CARMEN	20	11	1977	47 años, 9 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310127186	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	096-120-4280 /
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	1310127186	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	08	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

MUJER DE 47 AÑOS AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPOTIROIDISMO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO II, NEUROPATIA DIABETICA SINDACTILIA MANO IZQUIERDA Y URTICARIA EN CONTOLES DERMATOLOGIA. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 5 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN MANO IZQUIERDA DE EVA DE 7/10 ACOMPAÑADO DE PARESTESIA Y PARESIA QUE LE IMPOSIBILITA REALIZAR ACTIVIDADES O FUNCIONES CON DEFORMIDAD DE DEDOS CON IMPOSIBILIDAD DE CIERRE DE MANO IZQUIERDA. NIEGA SINTOMAS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, DIGESTIVOS NI NEUROLÓGICOS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, EN BUEN ESTADO GENERAL Y SIN SIGNOS DE ALARMA CLÍNICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD CONGENITA DE LA MANO	Q 681		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-27	13:59	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
2025-08-27	13:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	