

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	BARRE	MERCEDES ARACELY	07	09	1984	40 años, 10 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310786668	MANABI	CHONE	RICAURTE	M y	099-964-9814 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310786668	RICAURTE	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	08	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

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA, ACUDE A CONSULTA PORTANDO RADIOGRAFÍA DE MANO IZQUIERDA EN LA QUE SE EVIDENCIA TRAZO DE FRACTURA EN FASE DE CONSOLIDACIÓN A NIVEL DE LA FALANGE PROXIMAL DEL QUINTO DEDO, LA CUAL REFIERA HABER OCURRIDO HACE APROXIMADAMENTE UN MES POSTERIOR A CAÍDA ACCIDENTAL, MANIFIESTA DISMINUCIÓN PROGRESIVA DEL DOLOR Y DE LA INFLAMACIÓN LOCAL, SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL MAYOR, SIN SIGNOS NEUROLÓGICOS ASOCIADOS NI DATOS DE INFECCIÓN; AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA MANO IZQUIERDA CON LIGERA TUMEFACCIÓN EN DEDO MEÑIQUE, NO HAY FLOGOSIS, MOVILIDAD CONSERVADA CON DISCRETA MOLESTIA A LA PALPACIÓN LOCALIZADA, RESTO DEL EXAMEN FÍSICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES. SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	S626		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	08:55	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-08-05	08:55	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	