

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	MENDOZA	BIRMANIA GRICELDA	18	01	1985	41 años, 3 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311998999	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA CANUTO y CDLA LAS TRES MARIAS	098-580-1985 /
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	1311998999	SANTA RITA	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	2026	04	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

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE RELEVANCIA. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN ARTICULACIÓN DE CODO IZQUIERDO, DE MODERADA INTENSIDAD, DE TIPO MECÁNICO, QUE SE EXACERBA CON LA MOVILIZACIÓN Y LIMITA PARCIALMENTE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE ACOMPAÑA DE PARESTESIAS EN DEDOS ÍNDICE, MEDIO Y ANULAR DE MANO IZQUIERDA. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO ANALGÉSICO Y ANTIINFLAMATORIO SIN MEJORÍA CLÍNICA SIGNIFICATIVA. PRESENTA RADIOGRAFÍA DE CODO IZQUIERDO EN PROYECCIONES AP Y LATERAL QUE EVIDENCIA PINZAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN CÚBITO-HUMERAL. AL EXAMEN FÍSICO SE CONSTATA DOLOR A LA PALPACIÓN, LIMITACIÓN DEL RANGO DE MOVIMIENTO Y PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA NEUROSENSITIVA DISTAL. POR LA EVOLUCIÓN CRÓNICA, HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y FALTA DE RESPUESTA A TRATAMIENTO INSTAURADO SE DECIDE REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	G560		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	10:40	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-04-27	10:40	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

