

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CALDERON	CARLOS JUNIOR	26	02	1983	43 años, 1 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312166331	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BADEAL y	064-646-4646 /
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	1312166331	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	04	24
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

☐

SECUELA
POSTRAUMÁTICA EN
MANO IZQUIERDA.
DERIVACION A TERAPIA
FISICA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS DE EDAD, CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DEL 68%, ACUDE A CONSULTA PARA VALORACIÓN MÉDICA. ANTECEDENTE DE ACCIDENTE EN MOTOCICLETA HACE APROXIMADAMENTE 7 MESES, QUE PRESENTÓ LESIÓN EN MANO IZQUIERDA, CON EVOLUCIÓN CRÓNICA CARACTERIZADA POR LIMITACIÓN FUNCIONAL PROGRESIVA, CONSISTENTE EN INCAPACIDAD PARA EXTENSIÓN COMPLETA DE LOS DEDOS, SIN DOLOR ACTUAL NI SIGNOS INFLAMATORIOS AGUDOS, SIN FACTORES MODIFICADORES REFERIDOS, CON REPERCUSIÓN EN LA FUNCIÓN DE LA MANO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, SIN OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0989189726

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO EXTENSOR DE OTRO(S) DEDO(S) A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S663	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-24	10:02	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-04-24	10:02	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

