

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MACIAS	CARLOS JULIO	10	12	1987	37 años, 8 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312499690	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAFANDO y	099-359-9168 /
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	1312499690	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	08	25
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 EN TTO DESDE HACE 2 MESES CON COMBINACIÓN ISGLT2+BIGUANIDA 10/1000 MG QD Y DDP4 5 MG QD. CONTROL 8 DIAS DESPUÉS PACIENTE CON 190 MG/DL EN AYUNA SE ENVIÓ A NUTRICIÓN 0982503570 SIN EMBARGO PACIENTE NO ACUDE A CONSULTA EL DÍA DE HOY VIENE CON GLICEMIA 1H POSPRANDIL CON GLUCOSA DE 276 MG/DL REFIERE NO TOMAR MEDICACIÓN DESDE HACE 4 DÍAS Y SOLICITA USAR ORALES DISPONIBLES EN UNIDAD, SE INFORMA NO SERÍA LO ADECUADO APRA PACIENTE EN DESCONTROL Y TOQUE RENAL, SE VUELVE A INSITIR EN INSULINA , VUELVE A DECIR QUE NO, SIGUE TOMANDO ALCOHOL TODOS LOS FINES DE SEMANA, Y TABACO 4 DIARIOS LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. SE INTENTA ENVIAR A PSICOLOGÍA, NO TURNOS DISPONIBLES EN UNDADES DE REFERENCIA. INFORMA QUE DESDE HACE 8 MESES PRESENTÓ CAÍDA DE METRO Y MEDIO, CON EDEMA EN DEDO ANULAR DE MANO IZQUIERDA CON IMPOSIBILIDAD PARA LA FLEXIÓN POR LO CUAL SE REFERIE A TRAUMATOLOGÍA. 0989030599

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S661		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	14:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	14:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	