

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIJIJE	ZAMBRANO	GISSELA MONSERRATE	03	12	2000	25 años, 1 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312802471	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MERCEDES y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	099-029-1246 / (99)-999-9999
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	1312802471	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2026	01	29
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 clinico

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN ARTICULACIÓN DE MANO, DESDE HACE ALGUNOS MESES QUE ALIVIA TEMPORALMENTE CON ANALGÉSICOS, ACTUALMENTE USA INMOVILIZADOR EN MANO, AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE. SE REALIZA REFERENCIA CON TRAUMATOLOGIA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE OBSERVA LEVE AUMENTO DEL ÁREA DEL NERVIO MEDIANO DEL LADO IZQUIERDO EN COMPARACIÓN AL DEL LADO DERECHO. RETINÁCULO FLEXOR: CON AUMENTO DE SU ESPESOR EN EL LADO IZQUIERDO EN COMPARACION CON EL LADO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-29	13:16	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-29	13:16	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	