

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	MEJIA	CARLOS AUGUSTO	03	05	1989	35 años, 9 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312909763	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-775-1356 /
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	1312909763	CANUTO	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	02	04
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 MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: DESCONOCE. APQ: APENDICECTOMIA HACE 8 AÑOS. APF: ABUELA MATERNA CON DIABETES MELLITUS. PACIENTE REFIERE HACE DOS SEMANAS APROXIMADAMENTE SUFRIO CAIDA JUGANDO FUTBOLL LO QUE LE OCASIONO FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL DEL QUINTO DEDO DE LA MANO DERECHA, SE VISUALIZA DEDO MEÑIQUE AUMENTADO DE TAMAÑO, REFIERE DOLOR A LA PALPACION. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. EXAMEN FISICO NORMAL. SIN SIGNOS DE ALARMA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA DE TRAUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE MANO DERECHA REALIZADA EL 03 DE FEBRERO DEL 2025 SE VISUALIZA EN CD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURAS MULTIPLES DE LOS DEDOS DE LA MANO	S627	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	11:13	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2025-02-04	11:13	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

