

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CHERO	JOEL JAVIER	11	10	1999	26 años, 7 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314489863	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA MARGARITA y	099-889-3893 /
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	1314489863	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		2026	06	01
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

☐

TRAUMATISMO DE TENDONES DE LOS DEDOS DE LA MANO DERECHO EXCEPTO PULGAR

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE PRESENTA DESDE HACE 4 AÑOS ACCIDENTE EN SU TRABAJO CON OBJETO CORTOPUNZANTE (MACHETE) EN 4 DEDOS DE SU MANO DERECHA (DOMINANTE) POSTERIOR A LO CUAL HA PRESENTADO DESDE ESE ENTONCES IMPOSIBILIDAD PARA LA FLEXIÓN EN IFI PROXIMAL Y PÉRDIDA DE TONO MUSCULAR EN LOS DEDOS DE LA MANO DERECHA EXCEPTO EL PULGAR. 0978625703

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S668		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	09:03	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
2026-06-01	09:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

