

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEDENO           | MENDOZA          | MELANY LISSETH | 19                  | 09  | 2005 | 20 años, 8 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315419968        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PLUTARCO MOREIRA y           | 096-271-7153 /       |
| 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                 | 1315419968      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                  |                  |               | Fecha |     |     |
|---------------------|----------------------------------|------------------|---------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Traumatología | 2026  | 06  | 09  |
| 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 REFIERE CUADRO CLINICO D EUN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION DE DEDO MEDIO D EMANO DERECHA POSTERIOR A GOLPE BAJANDO DEL BUS , POR LO CUAL NO PUEDE MOVILIZARLO, ACUDIO A URGENCIAS DONDE INMOVILIZARON CON FERULA MATALICA, RX DE MANO EVIDENCIA FRACTURA INCOMPLETA D EPIFISI DISTAL DEL DEDO MEDIO D EMANO DERECHA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION TERAPIA.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------|--------|-----|-----|
| FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO | 5626   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-06-09 | 14:31 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2026-06-09 | 14:31 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

