

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MUÑOZ	CESAR ANDRES	30	01	2010	15 años, 10 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316241205	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SIXTO DURAN BALEN y	099-129-0028 /
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	1316241205	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	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	12	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 15 AÑOS DE EDAD **APP: NR **APF: MADRE (HIPERTENSION ARTERIAL) *** ACUDE AL ESTABLECIMIENTO JUNTO A SYU MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN EXTREMIDAD DERECHA, ESPECIFICAMENTE MANO, EN TERCER DEDO MIENTRAS REALIZABA ACTIVIDAD FISICA/DEPORTE (BALONCESTO). MADRE INDICA COLOCACION DE CREMA TOPICA PARA EL DOLOR Y ANTIINFLAMATORIO. ADEMÁS REFIERE HABER ACUDIDO A TERAPIAS DONDE SE EDEMATIZA EXTREMIDAD NUEVAMENTE Y EN MAYOR EXTENSION POR LO QUE SE SLICITÒ RADIOGRAFIA DE MAN. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. ///// A LA REVISION DE RADIOGRAFIA, DESPLAZAMIENTO POSTERIOR DE FALANGE MEDIA DEL TERCER DEDO SOBRE LA FALANGE PROXIMAL DERECHA + TRAZO DE FISURA + FRAGMENTO OSEO QUE INVOLUCRA EL TERCIO PROXIMAL DE LA FALANGE MEDIA DEL MISMO DEDO //// AL EXAMEN FISICO, FACIE ALGICA + EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN PRESENCIA DE LESIONES DERMATOLOGICAS *** MANO DERECHA FALANGE EDEMATIZADA ++, DOLOROSA, LIMITADA DE MOVIMIENTO //// SE SOLICITA APOYO PARA VALORACON Y ABORDAJE POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : DESPLAZAMIENTO POSTERIOR DE FALANGE MEDIA DEL TERCER DEDO SOBRE LA FALANGE PROXIMAL DERECHA + TRAZO DE FISURA + FRAGMENTO OSEO QUE INVOLUCRA EL TERCIO PROXIMAL DE LA FALANGE MEDIA DEL MISMO DEDO *** MINERALIZACION SEA CONSERVADA *** INCREMENTO DIFUSO DE LA RADIO DENSIDAD DE LOS TEJIDOS BLANDOS ALREDEDOR DEL AREA PATLOGICA POR EDEMA **** HUESOS DEL CARPO ADECUADAMENTE ALINEADOS *** CUBITO RADIO DISTAL CONSERVADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	S626		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	10:15	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

Firmado electrónicamente por:
MARIA JOSE MEZA
CUSME
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
2025-12-04	10:15	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	