

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERA	SHEYLA ANAHI	05	10	2010	14 años, 9 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350006761	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y CDLA SAN JOSE	098-552-4435 /
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	1350006761	SANTA MARTHA	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	07	22	
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 DE 14 AÑOS DE EDAD ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN MANOS , PACIENTE REFIERE QUE NO PUEDE MANTENER AGARRADO OBJETOS MUY PESADOS O REALIZAR ACTIVIDADES DURANTE MUCHO TIEMPO PORQUE EL DOLOR SE HACE MUY INTENSO. ACUDE CON EXAMENES DE LAB Y ECOGRAFÍA DONDE SE EVIDENCIA QUISTES SINOVIALES EN TENDONES FLEXORES DE LA BASES DEL DEDO MEDIO Y DEDO ANULAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: HB: 13.1, HCTO: 40.2 , PLAQ: 279, GLÓBULOS BLANCOS: 7.64, LINF: 3.08, NEUTRÓFILOS: 3.81, GLUC: 78.95 , UREA 18.78, CREAT. 0.4,AST: 11.5, ALT: 14.5, FACTOR REUMATOIDEO: 1.41 ULTRASONIDO: Se realiza rastreo de PARTES BLANDAS a nivel de la PALMAR DE LA MANO IZQUIERDO observando QUISTES SINOVIALES O GLANGIONES sobre los TENDONES FLEXORES de las BASES DEL DEDO MEDIO Y EL DEDO ANULAR, el mayor mide 4x2.1mm (dedo medio) el otro mide 2.9x1.8mm del dedo anular.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS	M658		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-22	12:05	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

