

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERA	SHEYLA ANAHI	05	10	2010	15 años, 8 meses, 11 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	SANTA RITA	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 RITA	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	16	
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 FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TENDINITIS DE MÚSCULOS EXTENSORES DE LA MANO DERECHA Y QUISTES SINOVIALES EN MANO IZQUIERDA CON DOLOR CRÓNICO DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS, ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA SOLICITAR REFERENCIA PARA TRAUMATOLOGIA, REFIERE HA ESTADO EN CONTROLES ANTERIORMENTE CON ESPECIALIDAD QUIEN LE HA MENCIONADO NECESIDAD DE CIRUGIA, PACIENTE ADEMÁS CON CONTROLES POR FISIATRIA AL MOMENTO TERAPIA YA TERMINADA, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE REFIERE DOLOR AL ESCRIBIR O REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS, SE REALIZA REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE REALIZA RASTREO DE PARTES BLANDAS A NIVEL DE LA PALMA DE LA MANO IZQUIERDA OBSERVANDO QUISTES SINOVIALES O GANGLIONARES 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
TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE QUERVAIN]	M654		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	09:45	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-06-16	09:45	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

