

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	BRAVO	MARIA CONSUELO	09	10	1975	50 años, 7 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1713654190	MANABI	CHONE	CONVENTO	CALLE AGUSTIN GILER y PRIMERO DE MAYO	098-624-3453 /
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	1713654190	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	05	18
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 50 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD REFIRIENDO DOLOR EN ANTEBRAZO Y MUÑECA DERECHA DE 60 DÍAS DE EVOLUCIÓN, INTENSIDAD 6/10 SEGÚN ESCALA EVA, ASOCIADO A EPIGASTRALGIA RELACIONADA CON LA INGESTA DE ALIMENTOS. NIEGA FIEBRE Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. REFIERE FRACASO TERAPÉUTICO A MANEJO PREVIO CON DEXAMETASONA 8 MG MÁS DICLOFENACO 50 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS POR 5 DÍAS. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN RADIAL DE MUÑECA Y ANTEBRAZO DERECHO, DOLOR EPIGÁSTRICO LEVE A LA PALPACIÓN, PRUEBA DE FINKELSTEIN POSITIVA Y PRUEBA DE PHALEN POSITIVA. CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN ASOCIADA A SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBA DE FINKELSTEIN POSITIVA Y PRUEBA DE PHALEN POSITIVA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE QUERVAIN]	M654		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-18	14:17	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

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
2026-05-18	14:17	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

