

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BLACIO	CEVALLOS	ANGEL STEVEN	03	11	2001	23 años, 9 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	2250046782	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RIO PANO y RIO BALAO	098-847-7112 /
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	2250046782	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	08	07
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

USUARIO QUE ACUDE SOLO, REFIERE QUE HACE UN AÑO SUFRE ACCIDENTE TRABAJANDO PARA SU PAPÁ, SUFRE AMPUTACIÓN DE 1ER DEDO (MEÑIQUE) FUE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE CON RECONSTRUCCIÓN DE ZONA A NIVEL DEL ANTEBRAZO EN SU TERCIO DISTAL EN CARA ANTERIOR Y POSTERIOR, ACTUALMENTE PRESENTA GRANDES DIFICULTADES DE MOVIMIENTO DEL RESTO DE DEDOS QUE IMPOSIBILITAN EL AGARRE NORMAL , NO TRAE INFORMACIÓN QUE EXPLIQUE LO YA MENCIONADO YA QUE NO SOLO FUE AMPUTACIÓN DEL DEDO SI NO ES MUY PROBABLE QUE PRESENTE LESIONES A NIVEL DE NERVIOS Y TENDONES, SE EXPLICA ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA TANTO EN EL ÁMBITO SALUD CON DE DISCAPACIDAD Y SE HARÁ REFERENCIA A TRAUMATOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)	S682		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	10:05	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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
2025-08-07	10:05	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

