

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ZAMBRANO	RAMON EUGENIO	31	10	1949	74 años, 11 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0903925444	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CHONE QUITO KILÓMETRO 16 y	099-287-2571 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0903925444	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		2024	10	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO 74 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION Y DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR INTENSO A NIVEL DEL HOMBRO, PACIENTE CON ANTECEDENTE QUIRURGICO DE BURSECTOMIA + ACROMIOPLASTIA DEL HOMBRO DERECHO + REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR 28/06/2024, REFIERE QUE SE ESTA REALIZANDO TERAPIA DIARIAMENTE PERO EL DOLOR NO HA DISMINUIDO NI MEJORADO POR LO QUE INDICA REQUIERE CITA CON TRAUMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LIMITACION FUNCIONAL DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR INTENSO Y LIMITACION FUNCIONAL EN MANGUITO DE LOS ROTADORES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	M751		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-24	11:11	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-10-24	11:11	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	