

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AMBROSSI	DE LA A	JANNINA MONSERRAT	10	05	1971	54 años, 8 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0913042487	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SIN NOMBRE y	099-218-9587 /
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	0913042487	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	01	29
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 54 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL, PRESENTA DOLOR EN LA PARTE SUPERIOR DEL BRAZO DERECHO A NIVEL DE TUBEROSIDAD MAYOR Y CUELLO QUIRÚRGICO DEL HÚMERO DE INTENSIDAD MODERADA, EL DOLOR SE EXACERBA CUANDO LEVANTA EL BRAZO Y DISMINUYE CON EL REPOSO EVOLUCIÓN CRÓNICA, ADEMÁS REFIERE QUE HACE 4 MESES LE INFILTRARON PLASMA POR EL MISMO CUADRO CLÍNICO. A LA PALPACION PRESENTA DOLOR INTENSO Y PROFUNDO EN DICHA REGIÓN. NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TENDINITIS DEL BICEPS	M752	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-29	13:52	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO 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 clínico

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
2026-01-29	13:52	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	