

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP			CENTRO SALUD SAN BARTOLO	A	1301837611		1301837611					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR		LÓPEZ		MARIA		M	09/10/53	72	H	D	M	A
												X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
099-291-8244				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive				
MANABI				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
CANTÓN				5. Problemas de infraestructura.				X				
PARROQUIA												
BOLIVAR				CALCETA								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		FISIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente femenino de 72 años acude a centro de salud por cc de dolor en hombro izquierdo de larga data. Ingresa al establecimiento de salud con TA 115/75 mmHg, FC 82 lpm, IMC 27.07 kg/m². Refiere dolor en miembro superior izquierdo con irradiación en hombro y y región escapular de 6 meses de evolucion + limitacion funcional. Niega dolor precordial. Examen físico: limitacion funcional en abduccion y rotacion de hombro izquierdo, demas maniobras sin anomalidad.

Ecografia de partes blandas de hombro izquierdo 05-06-2026: excrescencias oseas con engrosamiento del cartilago articular, tendon supraespinoso engrosado. Dx síndrome de manguito rotador***.

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	M751		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
05/06/26	12:30:00	GABRIEL		INTRIAGO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310605587							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	