

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MERA	NUMA SILFREDO	24	01	1954	70 años, 7 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301923619	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	095-877-6490 /
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	1301923619	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	SANTA RITA		Consulta externa	Terapia Fisica	2024	09	10
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 MASCULINO DE 70 AÑOS CON APP: ARTOSIS TAPQ: NO REFIERE. ACUDE AL CENTRO DE SALUD PARA CONTROL Y REVISIÓN DE EXAMENES.AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS NEUROLÓGICAS, ASINTOMÁTICO, AFEBRIL Y RESPONDE AL INTERROGATORIO. SE LE ENVIA REFERENCIA PARA TERAPIA FÍSICA DEBIDO A DOLOR EN HOMBRO DERECHO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LESION DEL HOMBRO, NO ESPECIFICADA	M759		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-10	14:20	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-09-10	14:20	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	