

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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                                   |                  | 1246              | C. S TOSAGUA             |            | TIPO C         | 1302153778                       |      |                                                         |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO |                   | PRIMER NOMBRE            |            | SEGUNDO NOMBRE |                                  | SEXO | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| PINCAY                                | ZAMBRANO         |                   | CELESTE                  |            | JOSEFINA       |                                  | F    | 18/11/1954                                              | 71   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA |                | DERIVACIÓN                       |      | MOTIVO                                                  |      |                         |   |   |   |
| 0994664393                            |                  | NO                |                          | X          |                |                                  |      | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                   |                          |            |                |                                  |      | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA         |                          |            |                |                                  |      | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | TOSAGUA          | TOSAGUA           |                          |            |                |                                  |      | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          |            |                |                                  |      | X                                                       |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                   |                          |            |                |                                  |      | X                                                       |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                              |  |            |              |
|-------------------------|------------------------------|--|------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     |  | SERVICIO   | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA |  | C. EXTERNA | TRAUMATOLOGO |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON APP DE HTA CONTROLADA CON DIAPRESAN 160/12.5 MG DIA. ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. ACUDE CON ECOGRAFIA LA QUE REPORTA ROTURA PARCIAL DE TENDON INFRA Y SUPRAESPINO, ROTURA DE TENDON SUBESCAPULAR, DESGARRE PARCIAL DE MANGUITO ROTADOR. AMERITA VALORACIÓN POR TRAUMATOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                                                                           |                 |      |     |     |    |  |  |  |     |     |     |  |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|--|--|--|-----|-----|-----|--|
| PRE= PRESUNTIVO |                                                                           | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  |  | CIE | PRE | DEF |  |
| 1.              | TRAUMATISMO DEL MUSCULO(S) Y TENDON(ES) DEL MANGUITO ROTATORIO DEL HOMBRO |                 | S460 |     | X   | 4. |  |  |  |     |     |     |  |
| 2.              |                                                                           |                 |      |     |     | 5. |  |  |  |     |     |     |  |
| 3.              |                                                                           |                 |      |     |     | 6. |  |  |  |     |     |     |  |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                                                                   |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO                                                   |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 2026/01/21                            | 16:00        | YOLANDA       |  | CEDEÑO                                                            |  | CEDEÑO           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO                                                             |  |                  |  |
| 1311762940                            |              |               |  | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: |  |                  |  |

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/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 CLÍNICO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS 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           |  |                  |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA