

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	ALCIVAR	NARCISA ARACELY	16	06	1959	65 años, 9 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302871585	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	TOSAGUA y	098-248-2843 /
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	1302871585	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	03	20
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 65 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HACE 20 AÑOS EN CONTROL CON VALSARTAN 160 MAS AMLODIPINA 5 MG MAS HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG DIA / ARRITMIA NO ESPECIFICADA EN TRATAMIENTO CON PROPAFENONA 150 MG CADA 12 HORAS / RIBAROXABAN 20 MG DIA, BISOPROLOL 2.5 MG AM Y 5 MG PM / MARCAPASO HACE 4 AÑOS POR BLOQUEO AURICULAR COMPLETO / DIABETES MELLITUS HACE 4 AÑOS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 1000 MG CADA 12 HORAS Y DAPAGLIFLOZINA 10 MG DIA / NIEGA ALERGIAS, NO HABITOS NOCIVOS. ACUDE A CITA REFIERE DOLOR DE INTENSIDAD MODERADA EN HOMBRO DERECHO QUE LIMITA EL MOVIMIENTO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR DE INTENSIDAD MODERADA EN HOMBRO DERECHO QUE LIMITA EL MOVIMIENTO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-20	08:08	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

Firmado electrónicamente por:
DIANA KATHIUSCA
ZAMBRANO ANDRADE

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
2025-03-20	08:08	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	