

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	LUZ MARIBEL	03	09	1958	66 años, 4 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	1303099020	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS NARANJOS 1 y	099-125-0719 /
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	1303099020	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEN DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	01	22
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 66 AÑOS DE EDAD APP HTA, ACUDE POR DOLOR CRÓNICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN, ESTE DOLOR COMIENZA EN ZONA DE HOMBRO HASTA ZONA DE IMPLANTACIÓN DEL DELTOIDE., ES UN DOLOR INCAPACITANTE QUE IMPIDE MOVILIZACIÓN DEL BRAZO A MÁS DE 45º, TRATADA TODOS ESTOS AÑOS CON AINES Y DOLONEUROBION SIN PRESENTAR MEJORIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE CON RX DONDE NO SE EVIDENCIA LESIÓN EN HUESO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONTRACTURA MUSCULAR	M624		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	08:39	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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