

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CARRERA	MARIA AUXILIADORA	04	05	1958	67 años, 11 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303599599	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	NA y	999-999-9999 /
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	1303599599	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	04	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

MUJER DE 67 AÑOS SIN APP DE IMPORTANCIA ACUDE CON CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUICON CARACTERIZADO POR DOLOR EN HOMBRO DERECHO DE EVA DE 8/10 QUE LE IMPIDE LA ROTACION Y ELEVACION NOMAL DE MIEMBRO SUPEIOR DERECHO REFIERE QUE ESTE CUADRO CLINICO SE DIO POSTERIOR A CAIDA DE SU PROPIA ALTURA AL EXAMEN FISICO SE REALZA MANIOBRA DE NEER, JOBE Y GERBER POSITIVOS. AL MOMENTO CON PERSISTENCIA DE DOLOR EN ZONA YA DESCRITA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTE DE ECO DE HOMBRO DERECHO QUE REPORTA *TENDINOPATIA SUPRA E INFRA ESPINOSO * TENOSINOVITIS LEVE DE LA PORCION LARGA DEL TENDON BICIPITAL *ARTROPOATIA ACROMICLAVICULARA LEVE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DEL MUSCULO(S) Y TENDON(ES) DEL MANGUITO ROTATORIO DEL HOMBRO	S460		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-20	15:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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 clínico

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
2026-04-20	15:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	