

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	MOREIRA	VIRGILIO AGAPITO	06	09	1955	69 años, 11 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303727612	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	UNIDOS VENCEREMO y UNIDOS VENCEREOS	099-262-2428 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303727612	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	Geriatría y Gerontología		2025	08	26
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

ADULTO MAYOR ES TRAÍDO A LA CONSULTA A CONTROL MÉDICO POR FAMILIAR QUIEN INDICA QUE PRESENTA DOLOR DE ESPALDA QUE SE IRRADIA A HOMBRO DERECHO, CON LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO.- ADEMAS DESEA EMPEZAR CONTROLES MÉDICOS CON ESPECIALIDAD DEBIDO A QUE LA LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO HA AUMENTADO PROGRESIVAMENTE CON EL TRANSURSO DE LOS AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES.-

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS MUSCULOS		M628		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-08-26	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

Arrendo electrónicamente por:
MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-26	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	