

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1304487000		1304487000	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
PALMA		PINARGOTE		ANITA		M	30/X/1963	61	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
//0993659549//					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
MANABI	BOLIVAR	CALCETA							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP			
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		TRAUMATOLOGIA	

PACIENTE FEMENINA DE 61 AÑOS DE EDAD APP LABERINTITIS, ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 2 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR A NIVEL DE ARTICULACION DE HOMBRO DERECHO MENCIONA CAIDA DE SU PROPIA ALTURA LA CUAL PROCEDIO A LUXACION DE HOMBRO HACE 3 MESES, DONDE 1 MES POSTERIOR A DICHO EVENTO COMENZO CON DOLORES A LA FLEXION, Y EXTENSION, ESCALA EVA 9/10 MENCION TOMAR MEDICACION PARA PODER DORMIR POR QUE NO SOPORTA DOLOR, AL EXAMEN FISICO NO SE OBSERVA ERITEMA, EDEMA NI CALOR, A LA PALPACION DOLOR A NIVEL ANTERIOR DE MUSCULO DELTOIDE, SIN OTRO SINTOMA ACOMPAÑANTE TRAE RX LA CUAL EVIDENCIA LEVE DESGASTO DE CARTILAGO SE ENVIO MEDICACION PARA TRATAMIENTNO ARTROSIS SIN MEJORIA DE CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

1 SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	CE	PRE	DEF	4	5	6	CE	PRE	DEF
	M75		X						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-31	10:00 a. m.	MARCO	CEDEÑO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA	SELLO	
1311550667				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

H. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

L. RATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

M. DIAGNÓSTICO

1 SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	CE	PRE	DEF	4	5	6	CE	PRE	DEF

N. RATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA	SELLO	