

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LLERENA	ZAMBRANO	GILMA ROSARIO	13	06	1964	61 años, 7 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304544032	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JOSE JUCIN DE OLMEDO y SN	099-770-9776 /
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	1304544032	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		2026	02	12
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 61 AÑOS REFIERE QUE DESDE TEMPRANA EDAD PRESENTA CRISIS CONVULSIVAS DE TIPO TÓNICO CLÓNICAS, ADEMÁS DE PRESENTAR PROBLEMAS DE ORIGEN OSTEO ARTICULAR (FIBROMIALGIA - DISCOPATIA LUMBAR CON RADICULOPATÍA - SECUELAS DE EVENTO VASCULAR - LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR), REFIERE PERIODOS DE DOLOR PARA LO CUAL UTILIZA PARCHES DE KETOPROFENO CON MEJORA PARCIAL, REFIERE PERIODOS DE CRISIS CONVULSIVA PARA LO CUAL TIENE CONTROL CON NEURÓLOGO DEL MSP EN PORTOVIEJO ADEMÁS DE CONTINUAR CON TERAPIAS MASIFICAS REGULARES CON MEJORA PARCIAL. PRESENTA PERDIDA DE FUERZA A NIVEL DE HOMBRO Y TRASTORNO DE MARCHA SE REALIZA REFERENCIA CON TRAUMATOLOGIA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-12	14:30	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA 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
2026-02-12	14:30	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

