

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HERRERA	SOLORZANO	ELDA ESPERANZA	27	04	1963	61 años, 8 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304585803	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	099-833-0769 /
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	1304585803	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	01	18
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 FEMENINA DE 61 AÑOS,APP: HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50MG, HTA DIAGNOSTICADA HACE 5 AÑOS EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50MG. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR DOLOR EN HOMBRO DERECHO DE MAS DE DOS MESES DE EVOLUCION, CON MARCADA IMPOTENCIA FUNCIONAL QUE SE IRRADA POR LA CARA INTERNA DEL BRAZO HASTA EL CODO, SIN SINTOMATOLOGIA NERUOLOGICA ACOMPAÑANTE. NO REFIERE FIEBRE NI AFECTACION DEL ESTADO GENERAL. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LEVE CHASQUIDO A LA EXPLORACION ACTIVA DEL MISMO, SIN LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD NI DISFUNCION DEL MIEMBRO. MENCIONA QUE ESTUVO EN CONTROLES CON FISIATRIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN EL CUAL LO DIAGNOSTICARON COMO LESION DEL MANGUITO ROTADOR POR LO QUE DEBIDO A QUE SU DOLOR PERSISTE SE REALIZA REFERENCIA A FISIATRIA. AL MOMENTO ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE .EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, OROFARINGE SIN PATOLOFIA, TORAX SIMÉTRICO CSPA VENTILADO RSCS RITMICOS, ADBOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, SE RELIZA VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA. MEDIDAS GENERALES, ASESORÍA EN NUTRICIÓN, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN,ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA. CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR EN HOMBRO DERECHO CON MARCADA IMPOTENCIA FUNCIONAL, SE EVIDENCIA LEVE CHASQUIDO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-18	08:51	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-01-18	08:51	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	