

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANTILLA	VIVAS	AURA MARIA	08	12	1963	62 años, 4 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304678145	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y	097-882-7032 /
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	1304678145	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	04	28
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

FEMENINA DE 62 AÑOS APP: HTA Y DM2, PACIENTE REFIERE QUE YA TUVO SU CITA CON FISIATRIA Y REALIZO TERAPIA 10 DIAS EN EL HOSPITAL, Y QUE FISIATRA LE INDICO QUE UNA VEZ TERMINADA LAS SECCIONES SE VUELVA ACERCAR AL CS PARA QUE LA ENVIEN DONDE ELLA PARA NUEVA VALORACIÓN, A PESAR DE LA TERAPIA LA PACIENTE A UN REFIERE DOLOR Y DIFICULTAD AL MOVIMIENTO DEL BRAZO IZQUIERDO, SE REALIZA VALORACION Y PACIENTE REFIERE DOLOR AL INTENTAR ALZAR EL BRAZO IZQUIERDO CUANDO SE LE APLICA RESISTENCIA, ADEMAS DE DOLOR AL REALIZAR MOVIMIENTOS DE ROTACION INTERNA Y EXTERNA CON EL MISMO BRAZO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FEMENINA DE 62 AÑOS APP: HTA Y DM2, PACIENTE REFIERE QUE YA TUVO SU CITA CON FISIATRIA Y REALIZO TERAPIA 10 DIAS EN EL HOSPITAL, Y QUE FISIATRA LE INDICO QUE UNA VEZ TERMINADA LAS SECCIONES SE VUELVA ACERCAR AL CS PARA QUE LA ENVIEN DONDE ELLA PARA NUEVA VALORACIÓN, A PESAR DE LA TERAPIA LA PACIENTE A UN REFIERE DOLOR Y DIFICULTAD AL MOVIMIENTO DEL BRAZO IZQUIERDO, SE REALIZA VALORACION Y PACIENTE REFIERE DOLOR AL INTENTAR ALZAR EL BRAZO IZQUIERDO CUANDO SE LE APLICA RESISTENCIA, ADEMAS DE DOLOR AL REALIZAR MOVIMIENTOS DE ROTACION INTERNA Y EXTERNA CON EL MISMO BRAZO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DOLOR EN ARTICULACION	M255		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-28	11:15	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-04-28	11:15	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

