

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYES	MACIAS	MARIA JACQUELINE	28	09	1966	58 años, 8 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304958372	MANABI	EL CARMEN	VIA VENADO y	098-602-8972 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

0481689823

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1304958372	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL GUSTAVO DOMINGUEZ	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2025	05	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐ Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐ Otros/especifique: ☒

Falta de profesional ☐ -REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO DERECHO - ARTROSIS Y BURISITIS DE HOMBRO DERECHO

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTA MADURA CON ANTECEDENTES DE HTA, SOBREPESO, CISTOCELE Y BUSITIS DE HOMBRO DERECHO, ACUDE POR CONTROL, ASINTOMÁTICA, CIFRAS TENSIONALES EN VALORES LÍMITE DE META, TRAE RADIOGRAFÍA AP Y LATERAL DE HOMBRO DERECHO QUE SE EVIDENCIA ARTROSIS DE HOMBRO DERECHO (ESPACIOS ARTICULARES DISMINUIDOS, OSTEÓFITOS MARGINALES, ESCLEROSIS DE BORDES ARTICULARES, NO LESIÓN ÓSEA, DENSIDAD ÓSEA CONSERVADA, TEJIDOS BLANDOS NORMALES). PACIENTE REFIERE NO MEJORÍA DE DOLOR HOMBRO DERECHO CON TERAPIA FÍSICA. PACIENTE REQUIERE RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO DERECHO POR LO QUE SE REFIERE A TRAUMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARTROSIS SECUNDARIAS	M192		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-05-29	11:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica 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