

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	ZAMBRANO	VICTOR VICENTE	06	06	1967	59 años, 0 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305845784	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	098-205-1636 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1305845784	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2026	06	23
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ACUDE A CONTROL MEDICO CON ESTUDIOS DE IMAGEN A REVISION POR DOLOR RECURRENTE DE MIEMBRO SUPERIOR, CUELLO Y ESPALDA , CON ANTECEDENTE DE HTA EN MANEJO ,ULTIDISCOIPLINARIO CON REUMATOLOIA, ANESTESIOLOGIA Y NEUROCIRUGIA POR DOLOR CRONICO, REALIZA TERAPIAS DEL DOLO, REFIERE QUE MEDICACION ACTUAL NO CALMA MOLESTIA, DOLOR SE EXACERBA EN EL HOMBRO IZQUIERDO AL MOVIMENTO DE FLEXION.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : EROSION DE ARTICULACION DE HOMBRO DERECHO ULTRASONIDO: ESTEATOSIS GRADO 1, LITIASIS RENAL DERECHA 3 IMAGENES LITIASICAS EN SU INTEIROR
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TENDINITIS CALCIFICANTE DEL HOMBRO	M753	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	11:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-06-23	11:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

