

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARVAJAL	SALTOS	JESUS ROBINSON	16	01	1971	55 años, 1 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306951680	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BELLAVISTA 2 y	098-310-8150 /
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	1306951680	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	03	11
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 QUE HACE 2 MESES TUVO CAÍDA EN BICICLETA APOYÁNDOSE SOBRE EL HOMBRO IZQUIERDO CON LIMITACIÓN ACTIVA Y PASIVA PARA PARA ABDUCCIÓN, TRAE ECOGRAFÍA DE HOMBRO ENVIADA EL MES ANTERIOR QUE REPORTA ENGROSAMIENTO DEL TENDO SUPRAESPINOSO CON PERDIDA DE PATRÓN FIBRILAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE ECOGRAFÍA DE HOMBRO ENVIADA EL MES ANTERIOR QUE REPORTA ENGROSAMIENTO DEL TENDO SUPRAESPINOSO CON PERDIDA DE PATRÓN FIBRILAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS LESIONES DEL HOMBRO	M758		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	12:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-03-11	12:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

