

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCES	CORNEJO	ESTUARDO VINICIO	17	04	1976	50 años, 2 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307635365	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA SANTA ANA y	099-267-7726 / (00)-000-0000
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	1307635365	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	14
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 MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD, APP: HTA Y DIABETICO EN TRATAMIENTO, AA: NO REFIERE, ACUDE A CENTRO DE SALUD INDICANDO QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO E INVALIDANTE EN HOMBRO DERECHO, DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA, CON IRRADIACIÓN HACIA BRAZO DERECHO. REFIERE IMPORTANTE LIMITACIÓN FUNCIONAL, CON INCAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO COLOCARSE UNA CAMISA, PASAR LA CORREA O ELEVAR EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. EL DOLOR SE EXACERBA CON LOS MOVIMIENTOS DEL HOMBRO Y LIMITA DE FORMA MARCADA EL RANGO DE MOVILIDAD ACTIVA Y PASIVA. PESE AL MANEJO CONSERVADOR, PERSISTE LA SINTOMATOLOGÍA SIN MEJORÍA CLÍNICA. POR LA INTENSIDAD DEL DOLOR, LA LIMITACIÓN FUNCIONAL Y LA SOSPECHA DE PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR O TENDINOSA DEL HOMBRO DERECHO, SE SOLICITA REFERENCIA AL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. PACIENTE ACTIVO, COLABORATIVO AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	09:33	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-14	09:33	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

