

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	PINCAI	VICTOR RINALDI	01	01	1981	45 años, 6 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307636736	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FELIPE y	096-328-5261 /
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	1307636736	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:							Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología			2026	07	29
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 DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS PRESENTA DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE DEFORMIDAD Y CIERTA RIGIDEZ - IMPIDE ABDUCCION Y ROTACION TAQNTO EXTERNA COMO INTERNA- ADEMA PERCIBE CIERTA DISMINUCION DE LA FUERZA DEL HOMBRO IQUIERDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS PRESENTA DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE DEFORMIDAD Y CIERTA RIGIDEZ - IMPIDE ABDUCCION Y ROTACION TANTO EXTERNA COMO INTERNA- ADEMA PERCIBE CIERTA DISMINUCION DE LA FUERZA DEL HOMBRO IQUIERDO Y DEL ANTEBRAZO
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-29	15:33	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

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
2026-07-29	15:33	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	