

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	ALCIVAR	JOSE LUIS	14	03	1969	56 años, 8 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307982114	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SEGUA y LUIS HUACHI	096-292-3595 /
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	1307982114	SAN ANTONIO	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		2025	11	18
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 CON ECO PROSTÁTICA QUE SE REPORTA SIN ANORMALIDADES SIN NOVEDADES EN VEJIGA CON RESIDUO POSTMICCIONAL EN VALORES NORMALES, PACIENTE MEDICADO CON INSULINA NPH 35 UI AM Y 30 UI PM QUE DESDE HACE 2 MESES NO SE COLOCA, ACTUALMENTE SOLO CON METFORMINA 850 MG QD, SE AUMENTARÁ DOSIS DE ADO Y SE AGREGARÁ OTROS PACIENTE NO PUEDE COMPRAR MEDICACIÓN, ESTÁ TOMANDO ESTATINAS, PARA HTA MEDICADO CON ENALAPRIL TABLETA 10 MG. AL MOMENTO NO DISPONIBLE EN UNIDAD. INFORMA LESIÓN EN HOMBRO IZQUIERDO CON RESONANCIA MAGNÉTICA EN PORTOVIEJO CON LIMITACIÓN A LA ACTIVIDAD PASIVA Y ACTIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO RMN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S400		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-18	09:34	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
2025-11-18	09:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	