

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	CONFORME	CESAR EDUARDO	12	05	1976	49 años, 10 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308130168	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	NO APLICA y	096-363-9216 / (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	1308130168	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	03	24
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 49 AÑOS DE EDAD APP: HERNIA DISCAL (HACE 4 AÑOS) ALERGIAS : NO REFIERE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 4 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR ARTICULAR LOCALIZADO EN HOMBRO, DE TIPO CONTINUO, DE INTENSIDAD VARIABLE, QUE SE EXACERBA CON EL MOVIMIENTO Y LIMITA LAS ACTIVIDADES DIARIAS. ASOCIA DISMINUCIÓN DE LA FUERZA EN MANOS, CON DIFICULTAD E IMPOSIBILIDAD PARA EL AGARRE DE OBJETOS, LO QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE SENSACIÓN DE DEBILIDAD EN AMBAS MANOS, SIN TRAUMA PREVIO APARENTE. COMO TRATAMIENTO HA UTILIZADO ÚNICAMENTE DICLOFENACO VÍA ORAL, CON ALIVIO PARCIAL Y TRANSITORIO DE LOS SÍNTOMAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0963639216

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-24	10:46	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-03-24	10:46	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	