

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	PALMA	JOHNNY LEONARDO	11	06	1976	46 años, 8 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1-M 2-M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	Nº Telefónico
ECUATORIANA	ECUADOR	1306613137	MANABI	CHONE	CHONE (UNRAHO)	EHT y	096-928-9588 / (06)-238-9769
Ver instructivo	Describe País	Código 15 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Extranjera/Cóndor

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Nº Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Dirección/Área
MSP	1306613137	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13067 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica y Traumatología	2026	01	28
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 ACUDE POR REFERIR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 10 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGIÓN D'EHOMBRO IZQUIERDO EL CUAL SE IRRADIA AL ANTERIOZOD DEL MISMO LADO. REFIERE QUE SUELE AUTOMODIFICARSE TENSIFLEX Y DOLONEUROBION. EVA 7/10, REFIERE ACTIVIDAD LABORAL DIARIA CON CARGO PESADA. HACE 3 MESES CAÍDA DE BICICLETA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DEL MUSCULO(S) Y TENDON(ES) DEL MANGUITO ROTATORIO DEL HOMBRO	S460	x	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	11:05	Medicina Familiar y Comunitaria	HELENA ARA CELLY CORONEL TUTIVEN	3006-12 114281	 HELENA ARA CELLY CORONEL TUTIVEN

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrareferencia o Referencia Inversa a:						
				Fecha		
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------