

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALDARRIAGA	ORMAZA	WILSON FERNANDO	20	01	1978	47 años, 0 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308451903	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NO DA DATOS y	098-973-9702 /
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	1308451903	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Reumatología	2025	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 clinico

PACIENTE QUIEN TIENE DOLOR DE HOMBRO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN HA MANTENIDO TERAPIAS Y SEGUIMIENTO POR FISIATRIA SIN EVIDENCIAR MEJORÍA ESPERADA, TIENE DIAGNOSTICO EN IRM : LESIO EN TENDON DEL MUSCULO SUPRA ESPINOSO, CAMBIOS OSTEOARTRITICOS DE ARTICULACION ACROMIO CLAVICULAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO SINOVIAL Y TENDINOSO, NO ESPECIFICADO	M679		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	15:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

Firmado electrónicamente por:
ALBERTO JOSE
ZAMBRANO ALCIVAR

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

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
2025-01-28	15:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	