

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PLAZA	ZAMBRANO	BETTY ZENEIDA	14	04	1975	50 años, 11 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308652468	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CINCO DE JUNIO y 7 DE AGOSTO	099-012-2090 /
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	1308652468	SANTA RITA	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		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 FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD, APP: TINNITUS EN OIDO DERECHO DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO , APQ: CIRUGIA OCULAR PARA CORRECCIÓN DE MIOPIA, CESAREA (2), MIOMECTOMIA, APENDICECTOMIA E HISTERECTOMIA, APF: PAPÁ DIBÉTICO E HIPERTENSO, ALERGIAS: IBUPROFENO, SULFONAMIDAS Y QUINOLONAS .PACIENTE ACUDE A CITA MÉDICA PARA SOLICITAR REFERENCIA A TRAUMATOLOGIA POR LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR POSTERIOR A MOVILIZAR CAMA PESADA HACE APROXIMADAMENTE 4 MESES , PACIENTE YA HA SIDO VALORADA POR TRAUMATOLOGIA QUIEN SOLICITA NUEVA REFERENCIA PARA REALIZAR RESONANCIA MAGNÉTICA POR PERSISTENCIA DE MOLESTIAS PESE A TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. A LA INSPECCIÓN DE HOMBRO AFECTADO NO SE EVIDENCIAN DEFORMIDADES NI CAMBIOS DE COLORACIÓN, SIN EDEMA NI SIGNOS INFLAMATORIOS EVIDENTES. A LA PALPACIÓN SE IDENTIFICA DOLOR A NIVEL DE REGIÓN SUBACROMIAL Y CARA ANTEROLATERAL DEL HOMBRO. RANGO DE MOVILIDAD ACTIVA DISMINUIDO, CON DOLOR Y LIMITACIÓN PARA MOVIMIENTOS DE ABDUCCIÓN, FLEXIÓN Y ROTACIÓN EXTERNA, ASÍ COMO DIFICULTAD PARA LLEVAR EL MIEMBRO HACIA REGIÓN POSTERIOR. MOVILIDAD PASIVA CONSERVADA PERO DOLOROSA. FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN EXTERNA. PRUEBAS FUNCIONALES POSITIVAS PARA COMPROMISO DEL MANGUITO ROTADOR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-24	09:34	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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	09:34	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	