

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SOLORZANO        | BARBERAN         | BELGICA JACQUELINE | 11                  | 06  | 1978 | 48 años, 1 meses, 25 días | Mujer   |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309393963        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CDLA SAN FRANCISCO y         | 098-943-3970 / (05)-236-1412 |
| 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                 | 1309393963      | 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  | 08  | 05  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                               |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN HOMBRO DERECHO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, DE PREDOMINIO NOCTURNO, CON AUMENTO DE LA INTENSIDAD DURANTE LAS NOCHES, IMPIDIENDO EL DESCANSO Y EL SUEÑO. REFIERE LIMITACIÓN FUNCIONAL IMPORTANTE, EVITANDO MOVILIZAR EL BRAZO DERECHO DEBIDO AL DOLOR CONSTANTE E INCESANTE, EL CUAL SE EXACERBA CON LOS MOVIMIENTOS DEL HOMBRO, ESPECIALMENTE AL ELEVAR O ROTAR EL MIEMBRO SUPERIOR. NIEGA TRAUMATISMO RECIENTE. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN DE LA REGIÓN DEL HOMBRO DERECHO, DISMINUCIÓN DEL RANGO DE MOVILIDAD ACTIVA Y PASIVA POR DOLOR, SIN EVIDENCIA DE DEFORMIDAD NI CAMBIOS CUTÁNEOS. ACTIVA , REACTIVA , AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0989433970.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-08-05 | 08:40 | 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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-08-05 | 08:40 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |

