

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MENDOZA	JOSE REYNALDO	01	04	1982	44 años, 1 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309562013	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	MANUEL DE JESÚS ALVAREZ y	099-287-0605 /
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	1309562013	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	05	15
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 44 AÑOS DE EDAD ACUDE AL CENTRO DE SALUD INIDCANDO CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN HOMBRO, DE INTENSIDAD PROGRESIVA, QUE AUMENTA CON LOS MOVIMIENTOS Y ESFUERZOS FÍSICOS. PRESENTA DIFICULTAD PARA EXTENDER EL BRAZO Y LEVANTAR OBJETOS CON PESO, ASOCIANDO LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL HOMBRO PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE DISMINUCIÓN DEL RANGO DE MOVILIDAD Y DOLOR AL REALIZAR ELEVACIÓN Y ROTACIÓN DEL MIEMBRO AFECTADO. NIEGA ANTECEDENTE TRAUMÁTICO RECIENTE. DEBIDO A PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR TRAUMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL Y MANEJO CORRESPONDIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS LESIONES DEL HOMBRO	M758		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-15	12:25	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-15	12:25	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

