

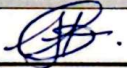
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
M. S. P.		1245	C. S. Costa Rica		C	1309504660			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
Gedero		Zambrano		Jose		Manuel	M	22-7-1977	47
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN		
0995719602									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
Manuel	Jurín	Jurín							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
M. S. P.	Hosp. Regional de Costa Rica	Consultorio externo	Tratamiento

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Masculino de 47 años de edad que nos refiere en repetidas ocasiones al realizar fuerza de punteo. dolor en miembro superior derecho acompañado de cambios de coloración (mareos) limitación al realizar elevación de brazo y dolor a nivel superior derecho dolores de diseminación de fuerza	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.	Síndrome subacromial, que se produce cuando los tendones del manguito rotador se inflaman		1754	Y					
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
20/01/2025	10:00 AM	José	González
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
0802900105			
		SELLO	
		ESP. MEDICINA FAMILIAR	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	
CONTRAREFERENCIA ☐		REFERENCIA INVERSA ☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
		SELLO	