

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORENO	PEÑARRIETA	CESAR FERNANDO	25	05	1979	46 años, 1 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309937025	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	098-568-7898 /
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	1309937025	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Terapia Fisica		2025	07	23
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 DE 46 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG QD, DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 850 MG QD. ACUDE A CONSULTA POR CLÍNICA DE APROXIMADAMENTE 5 MESES DE EVOLUCIÓN QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO QUE DIFICULTA EL MOVIMIENTO DE ROTACIÓN DE ARTICULACIÓN, Y APARECE TRAS DISLOCACIÓN DE DICHA ARTICULACIÓN POSTERIOR A SOBRECARGA DE PESO. REFIERE ALIMENTARSE ADECUADAMENTE, REALIZA NECESIDADES FISIOLÓGICAS SIN DIFICULTADES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO.//0959605772

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
LESION DEL HOMBRO, NO ESPECIFICADA		M759	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-23	09:58	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-07-23	09:58	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	