

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORENO	PEÑARRIETA	CESAR FERNANDO	25	05	1979	46 años, 3 meses, 18 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	095-960-5772 /
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	1309937025	SAN ANTONIO	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		2025	09	12
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 , SEXO HOMBRE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS NO INSULINOREQUERIENTE, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN EL BRAZO DERECHO, CON DISMINUCION DE LA FUERZA Y E IMPOSIBILIDAD PARA EL MOVIMIENTO ACTIVO Y PASIVO, CON DOLOR A LA DIGITO PRESIÓN EN CARA ANTERIOR SUPERIOR Y POSTERIOR DE HOMBRO CON DEFORMIDAD DE LA ARTICULACIÓN GLEHUMERAL DE 5 MESES DE EVOLUCION POSTERIOR A REALIZAR LEVANTAMIENTO DE PESO, TRAE RAYOS X CON DEFORMIDAD DE LA ARTICULACIÓN GLEHUMERAL DERECHA. 0959605772.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RAYOS X CON DEFORMIDAD DE LA ARTICULACIÓN GLEHUMERAL DERECHA, AUMENTO DE ESPACIO GLENOHUMERALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S400		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-12	09:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-09-12	09:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	