

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	FARIAS	JOSE ALBERTO	15	10	1986	38 años, 11 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311449175	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA COLAMARCO y CIUDADELA COLAMARCO	099-170-9604 /
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	1311449175	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	10	02
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 clinico

PACIENTE DE 38 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN REGIÓN DE HOMBRO DERECHO DESDE HACE 2 MESES APROXIMADAMENTE POSTERIOR A CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA, QUE IMPOSIBILITA REALIZAR MOVIMIENTOS Y ALIVIA TEMPORALMENTE CON ANTIINFLAMATORIOS . AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE HOMBRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO DEL MUSCULO(S) Y TENDON(ES) DEL MANGUITO ROTATORIO DEL HOMBRO	S460	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	15:00	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-02	15:00	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	