

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	VIDAL	YASELY CECIBEL	22	09	1981	43 años, 5 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311943870	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	DIVINO NIÑO y	099-766-3122 /
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	1311943870	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	03	13
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

CUADRO CLINICO DOLOR DE TIPO SORDO LOCALIZADO EN REGION DE ARTICULACION DE HOMBRO DERECHO DESDE HACE MAS O MENOS TRES AÑOS DE EVOLUCION QUE SE PRESENTA DE MANERA ESPORADICA PRESENTA IRRIDACION A TODO EL BRAZO CON LIMITACION DE ACTIVIDADES DIARIAS (QUEHECERES DOMESTICOS, VESTIRSE, BAÑARSE, PEINARSE) DOLOR SE ACOMPAÑA CON PARESTESIA MANO DERECHA DISMINUCION DE LA FUERZA CON TENDENCIA A CAERSELE LOS OBJETOS DE LA MANO. EXAMEN FISICO: MANIOBRA DE APLEY + JOBE + YEGARSON +. DIFICULTAD PARA PRESION PALMAR, DISMINUCION DE LA FUERZA. RADIOGRAFIA DE ART HOMBRO: SIN ALTERACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE ARTICULACION DE HOMBRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TENDINITIS DEL BICEPS	M752		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-13	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-03-13	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	