

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVADENERIRA	CEDEÑO	RENAN ALFONSO	21	08	1988	37 años, 8 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312301904	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AVE UIS NAVEDA y CARLOS ALBERTO ARAY	098-410-2416 /
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	1312301904	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	05	14
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 MASCULINO DE 37 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA ACUDE A COSULTA POR PRESETAR HACE VARIOS DIAS DOLOR A NIVEL DEL HOMBRO IZQUIERDO DE APROXIMADAMENTE 6 MESES DE EVOLUCION EVA 9/10 POR LO CUAL SE REALIZA UNA ECOGRAFIA PARTICULAR DONDE REPORTA INFLAMACION SUBESCAPULAR, PACIENTE RECIBE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EL CUAL NO VE MEJORIA POR LO QUE RELIZA REFERENCIA FISIATRIA PARA VALORACION Y TERAPIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA QUE REPORTA: INFLAMACION SUBESCAPULAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO	M754	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-14	12:53	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-05-14	12:53	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	