

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVADENERIRA	CEDEÑO	RENAN ALFONSO	21	08	1988	37 años, 11 meses, 0 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	JUNIN	JUNIN	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	AGUA FRIA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	07	21
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 PATOLÓGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA, QUIEN ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR A NIVEL DEL HOMBRO IZQUIERDO DE APROXIMADAMENTE 8 MESES DE EVOLUCIÓN, CON INTENSIDAD EVA 9/10. POR PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA, SE REALIZA ECOGRAFÍA PARTICULAR DE HOMBRO IZQUIERDO, LA CUAL REPORTA INFLAMACIÓN A NIVEL DEL MÚSCULO SUBESCAPULAR. EL PACIENTE RECIBE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INDICADO, SIN PRESENTAR MEJORÍA CLÍNICA SIGNIFICATIVA, POR LO QUE ES REFERIDO AL SERVICIO DE FISIATRÍA PARA VALORACIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO. SE REALIZA UN CICLO DE TERAPIA FÍSICA, POSTERIOR AL CUAL EL PACIENTE REFIERE LEVE MEJORÍA DE LA SINTOMATOLOGÍA; SIN EMBARGO, PERSISTE CON LIMITACIÓN FUNCIONAL, POR LO QUE REQUIERE CONTINUAR CON EL PROCESO DE REHABILITACIÓN. POR LO ANTES MENCIONADO, SE SOLICITA REFERENCIA PARA DAR CONTINUIDAD A LAS TERAPIAS FÍSICAS Y SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE FISIATRÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-21	13:07	Medicina Rural	GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA	1312706136	

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 clínico

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
2026-07-21	13:07	Medicina Rural	GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA	1312706136	

