

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GILER            | PINARGOTE        | TERESA ALEXANDRA | 04                  | 12  | 1984 | 41 años, 2 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313132357        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | SITIO CASAS VIEJAS y         | 098-118-4813 / (00)-000-0000 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón  | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1313132357      | 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 |  | 2026  | 02  | 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

CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE TIPO SORDO LOCALIZADO EN ARTICULACION DE HOMBRO IZQUIERDO QUE SE PRESENTADESDE HACE 7 MESES POSTERIOR A PRESENTAR ACIDA DE SU PROPIA ALTURA TENIENDO COMO CONSECUENCIA LUXACION DE LA ARTICULACION POR TAL MOTIVO ACUDE A SOBADOR Y LE REALIZAN MANIOBRA PARA CALZAR LA ART ANTES DESCRITA, EL DOLOR ES PERSISTENTE MANTENIDO, HASTA LA ACTUALIDAD POR 2 OCASIONES SE HA REALIZADO MANIOBRA DE SOBAR Y CALZAR LA ARTICULACION. DOLOR NO CALMA CON MEDICACION DOLOR SE INTENSIFICA CON LA REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS Y MAYOR INTENSIDAD EN HORAS DE LA NOCHE SUEÑO EN EL IMPIDE EN OCASIONES EL SUEÑO, EN OCASIONES DOLOR SE EXTIENDE HASTA REGION DE ANTEBRAZO, NO HAY PERDIDA DE FUERZA MOTORA. RADIOGRAFIA DE ART HOMBRO: SE EVIDENCIA DESPLAZAMIENTO PARCIAL DE CABEZA HUMERAL CON ROTACION POSTERIOR. MANIOBRA DE JOB : - MANOBRA DE YOCUM ++ PRUEBA DE APLEY ++. EXAMNE FISICO: LUXACION HACIA ADELANTE Y HACIA ABAJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------|--------|-----|-----|
| LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO | S430   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-12 | 10:48 | 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 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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-12 | 10:48 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

