

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZ	RIVERA	VERONICA GABRIELA	29	03	1989	35 años, 11 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313571927	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ENTRADA AL VERGEL y	097-940-8223 /
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	1313571927	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	03	19
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 DE 35 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA CON ENALAPRIL 20 MG, QUE ACUDE POR CONTROL, REFIERE DOLOR EN REGION DE HOMBRO IZQUIERDO DESDE HACE 3 MESES QUE SE INICIO POSTERIOR A UNA CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA. TRAE RADIOGRAFIA QUE EVIDENCIA DISMINUCION DE ESPACIO ARTICULAR ACROMIOHUMERAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE RADIOGRAFIA QUE EVIDENCIA DISMINUCION DE ESPACIO ARTICULAR ACROMIOHUMERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARTROSIS POSTRAUMATICA DE OTRAS ARTICULACIONES	M191	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-19	08:01	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

Firmado electrónicamente por:
DIANA KATHIUSCA
ZAMBRANO ANDRADE

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
2025-03-19	08:01	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	