

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	ZAMBRANO	BRYAN ADONIS	17	04	1998	28 años, 1 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314819267	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RESBALON y	099-175-3776 /
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	1314819267	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2026	06	10
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 28 AÑOS ACUDE A CONSULTA REFIERE QUE DESDE NOVIEMBRE DEL 2025 TUVO UNA LUXACION DEL HOMBRO IZQUIERDO PERO QUE EN MARZO NUEVAMENTE SE LE DESPLAZO DE LUGAR GENERANDO NUEVAMENTE OTRA LUXACIÓN, LE FUE REUBICADO PERO REFIERE QUE EL TRAUMATOLOGO LE INDICO QUE LOS TEJIDOS SE ENCONTRABAN LESIONADOS POR LO QUE REQUERIA CIRUGIA, INDICA QUE NO HA REALIZADO ESFUERZOS DESDE LA ULTIMA REUBICACION POR LO QUE NO HA TENIDO UNA NUEVA LUXACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LUXACION Y SUBLUXACION RECIDIVANTE DE LA ARTICULACION	M244	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	09:19	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2026-06-10	09:19	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	