

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLIS	ZAMBRANO	RAUL STEEVEN	14	02	1998	27 años, 7 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315434058	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y ULPÍANO PAEZ	096-953-1945 /
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	1315434058	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	09	29
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 27 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍA DE HOMBRO, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR A NIVEL DE ARTICULACIÓN QUE CEDE TEMPORALMENTE CON ANTIINFLAMATORIOS, PRESENTA LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, SE REALIZA REFERENCIA CON TRAUMATOLOGIA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX HOMBRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S428		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-29	09:25	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-29	09:25	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	