

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERA	NIXON GABRIEL	24	02	2004	21 años, 5 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315564862	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LAS PIEDRAS y	098-325-5888 /
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	1315564862	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2025	08	05
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 21 AÑOS DE EDAD, APP: MASTECTOMIA HACE 1 AÑO, ALERGICO: NO REFIERE, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO. PACIENTE REFIERE DOLOR PROGRESIVO EN HOMBRO IZQUIERDO DE 2 MESES DE EVOLUCION. NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA. O: SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES , RADIOGRAFIA DE HOMBRO Y BRAZO IZQUIERDO: NO SE EVIDENCIA FRACTURAS , ARTICULACIONES GLENOHUMERAL Y ACROMIOCLAVICULAR SIN ALTERACIONES. AL EXAMEN FISICO: SIN DEFORMIDADES VISIBLES, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN REGION ANTEROLATERAL DEL HOMBRO, MOVILIDAD ACTIVA : LEVE LIMITACION EN ABDUCCION Y ROTACION EXTERNA, MOVILIDAD PASIVA ; CONSERVADA. A: PACIENTE CON DOLOR PROGRESIVO EN HOMBRO IZQUIERDO. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD TRAUMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	M751	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	16:08	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-05	16:08	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

