

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CEVALLOS	DALESKA TIFFANY	19	12	2000	25 años, 3 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315937415	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA GRECIA y	098-796-5839 /
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	1315937415	SANTA RITA	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		2026	04	13
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 FEMENINA DE 25 AÑOS, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, APF: ABUELOS MATERNOS HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. PACIENTE ACUDE POR REFERIR CUADROS DE LUXACIÓN GLENOHUMERAL DERECHA QUE VIENEN OCURRIENDO DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS POSTERIOR A TRAUMA INDIRECTO (REALIZAR MAL MOVIMIENTO CON UNA MALETA). REFIERE QUE LOS EPISODIOS SON REPETITIVOS CON REDUCCIÓN ESPONTÁNEA EN LA MAYORÍA DE OCASIONES. ACTUALMENTE PRESENTA DOLOR EN HOMBRO DERECHO QUE SE EXACERBA CON MOVIMIENTOS DE ABDUCCIÓN, FLEXIÓN Y EXTENSIÓN, ASOCIADOS A SENSACIÓN DE INESTABILIDAD Y LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA. TEST DE APRENSIÓN POSITIVO: PACIENTE REFIERE INESTABILIDAD AL COLOCAR HOMBRO EN ADUCCIÓN Y ROTACIÓN EXTERNA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Cuadro clínico compatible con inestabilidad glenohumeral/luxación recurrente de hombro.”

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-13	08:55	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-04-13	08:55	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	