

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CEDEÑO	ELSA MARIA	02	07	1946	79 años, 5 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1704781630	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y MALECON	097-918-0961 / (05)-236-1426
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	1704781630	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	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	12	22
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 79 DE EDAD *** APP: HIPERTENSION ARTERIAL (LOSARTAN 100MG) + DIABETES MELLITUS TIPO II (METFORMINA 850 MG)
***APF: HIJAS (HTA) + HIJA (DM) *** ALERGIAS: NR *** REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 9 DÍAS CARACTERIZADO POR CEFALEA Y VÉRTIGO
PERIFORIC PERSISTENTE DURANTE TODO EL DÍA. INDICA QUE LA HIDRATARON DOMICILIARIAMENTE VÍA INTRAVENOSA. CONTINUA CON
DOLOR EN EL HOMBRO IZQUIERDO IRRADIADO A BRAZO, ANTEBRAZO Y DEDOS DE LA MANO DEL MISMO LADO, INTENSIDAD MODERADA
QUE IMPIDE PARA LOS MOVIMIENTOS, FLEXIONA LA MANO IZQUIERDA CON DIFICULTAD, EVOLUCIÓN CRÓNICA HA RECIBIDO
TRATAMIENTOS SIN ÉXITOS *** REFIERE QUE SE CAYÓ HACE MUCHO TIEMPO DE LADO Y SE GOLPEO EN ESE LADO. AL MOMENTO
ESTABLE SEGÚN SU CONDICIÓN DE SALUD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : CAMBIOS DEGENERATIVOS EN ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR BILATERAL, DE PREDOMINIO
DERECHO. ARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR, CON PRESENCIA DE OSTEÓFITOS MARGINALES. ESPACIO GLENOHUMERAL CONSERVADO.
NO SE EVIDENCIAN FRACTURAS NI LUXACIONES AGUDAS. DOLOR DE HOMBRO BILATERAL DE ORIGEN MECÁNICO - DEGENERATIVO.
SOSPECHA CLÍNICA DE COMPROMISO DEL MANGUITO ROTADOR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-22	14:55	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME 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 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
2025-12-22	14:55	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

