

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MONCAYO	CIELO RAMONA	11	07	1978	47 años, 8 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308872611	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LA HUMEDAD y	097-938-5334 /
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	1308872611	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía	2026	03	25
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 47 AÑOS DE EDAD CON APP DESDE HACE 2 AÑOS CON CARDIOMEGALIA DIAGNOSTICADA POR RX, NO ALERGIA A MEDICINAS, QUE ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR REFERIR PRESENCIA DE MASA EN REGIÓN AXILAR IZQUIERDA DE LARGA DATA, CON CRECIMIENTO PROGRESIVO. REFIERE LEVE DOLOR, AUNQUE OCASIONALMENTE PRESENTA MOLESTIA LEVE A LA PALPACIÓN Y SENSACIÓN DE PESO EN LA ZONA. NO REFIERE FIEBRE AL MOMENTO, CAMBIOS CUTÁNEOS NI SECRECIÓN. SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL SIGNIFICATIVA. COMENTA LA USUARIA EN CONSULTA QUE EL DIA DE AYER 24 DE MARZO DEL PRESENTE AÑO ESTUVO EN VALORACION MEDICA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN EL CUAL REFIERE MISMOS SINTOMAS EN EL CUAL A LA VALORACION FISICA SE EVIDENCIAS MASA PALPABLE EN REGION YA ANTES MENCIONADA POR LO QUE COLOCAN COMO DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DANDO CARACTERISTICA A LIPOMATOSIS EN REGION AXILAR IZQUIERDA POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION Y SEGUIMIENTO OPORTUNO POR MEDICO ESPECIALISTA [MEDICINA INTERNA]. A SU LLEGADA PACIENTE AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO Y LA INSPECCION FISICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LIPOMATOSIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	E882	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	08:20	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

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
2026-03-25	08:20	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

