



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Santa Rita	CS	1309775417								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Alcivar	Alcivar	Carlos	Enrique	H	25-01-1967	57	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐										
097-989-7705		MOTIVO										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐										
		2. Falta de espacio físico. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive. ☐									
13	1303	130302	4. Equipos en mal estado. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios ☒									
		5. Problemas de infraestructura. ☐										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Cirugia General

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MAS CULINO DE 57 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU HERMANA CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 70% E HIPERTENSION ARTERIAL EN CONTROL CON ENALAPRIL DE 5 MG. TRAE ESTUDIO DE IMAGEN S OLCITADO EN CONSULTA ANTERIOR QUE REPORTA QUISTE SUBCAPSULAR QUE MIDE 23*10*26 MM. ESTUDIOS OLCITADO POR HALLAZGOS EN EXAMEN FÍSICO DE MAMA EN TORAX ANTERIOR DE 2 CM DE DIAMETRO SIN SIGNOS DE INGLAMACIÓN SIN DOLOR SIN ERITEMA. SUBCUTÁNEO DE BORDES REGULARES. SIN INTUMESCENCIA AL INTERROGATORIO. SIN OTRA NOVEDAD AL EXAMEN FÍSICO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PARA SU ABORDAJE.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Quiste Epidermico	L720		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-20	02:42	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1709823288				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	