



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	001415	San Antonio	CS-A	1312435520							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Marin	Avila	Zoila	Trinidad	M	05-12-1983	41	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
098-876-0440 /		X		MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
CANTÓN	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PARROQUIA	5. Problemas de infraestructura.										
13	1303	130301									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Miguel Alcivar	Consulta Externa	Cirugía General

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 41 AÑOS- CON APP: NO REFIERE- APF: DIABETES MELLITUS (ABUELA MATERNA)- ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR INTERMITENTE ABDOMINAL QUE SE ACOMPAÑA DE METEORISMO Y DE UN MES DE EVOLUCIÓN. REFIERE SECRECIÓN VAGINAL AMARILLA-VERDE- QUE SE ACOMPAÑA DE MAL OLOR- PRURITO- DISURIA- DISPARIUNIA DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN. REFIERE CEFALEA INTERMITENTE EN ESTAS ÚLTIMAS. REFIERE MASA EN FRENTE DE 9 AÑOS DE EVOLUCIÓN. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN REGIÓN PELVICA. SE EVIDENCIA MASA EN REGIÓN DE LA FRENTE DE APROXIMADAMENTE 5 CM. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA- ESTABLE- COLABORA CON INTERROGATORIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
MASA DE 5 CM EN FRENTE. NUMERO: 0988760440 // 0999822078

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Tumefacción Masa O Proliferación Localizada En La Cabeza		R220		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-10	02:00	Esther	Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311821787				

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	