



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	Sesme	CS-A	1311350209									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Cedeño	Vega	Eyexy	Gabriela	M	24-02-1982	44	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0995987246		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							X
13	1303	130356	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 FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERS ONAL DE HIS TERECTOMÍA TOTAL- QUIEN ACUDE ACONS ULTA POR PRES ENTAR CUADRO CLÍNICO DE Más DE 6 MES ES DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR LA PRES ENCIA DE MAS A ENMIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO- A NIVEL DE REGIÓN FEMORAL- DE LOCALIZACIÓN EN CARA ANTEROLATERAL- DE CONS IS TENCIA AREFERIR POR LA PACIENTE INICIALMENTE BLANDA- CON CRECIMIENTO PROGRES IVO EN TAMAÑO A LO LARGO DEL TIEMPO. REFIERE QUELA MAS A EN S US INICIOS ERA PEQUEÑA E INDOLORA- S IN EMBARGO EN LOS ÚLTIMOS MES ES HA PRES ENTADO AUMENTO DEVOLUMEN Y DOLOR A LA PALPACIÓN- CON MOLES TIA DURANTE LA DEAMBULACIÓN Y EN S US ACTIVIDADES DIARIAS . NIEGA ERITEMA-CALOR LOCAL- S ECRECIÓN- TRAUMA PREVIO O FIEBRE. PACIENTE INDICA QUE FUE VALORADA PREVIAMENTE EN EL HOS PITAL EL AÑOPAS ADO- DONDE S E LE REALIZÓ ES TUDIO ECOGRÁFICO DE PARTES BLANDAS - S IN EMBARGO NO CUENTA CON S EGUIMIENTOPOS TERIOR NI MANEJO DEFINITIVO. ADICIONALMENTE- REFIERE S ÍNTOMAS GENERALES COMO CANS ANCIO- MAREOS Y CEFALAEARECORRENTE- S IN PÉRDIDA DE PES O NI OTROS S ÍNTOMAS S IS TÉMICOS AS OCIAADOS . AL EXAMEN FÍS ICO S E EVIDENCIA MAS APALPABLE EN MUS LO IZQUIERDO- DE BORDES MAL DEFINIDOS - DOLOROS A A LA PALPACIÓN- S IN S IGNOS INFLAMATORIOS EVIDENTES -S IN COMPROMIS O VAS CULAR NI NEUROLÓGICO DIS TAL APARENTE. POR LAS CARACTERIS TICAS DE CRECIMIENTO PROGRES IVO- DOLORY TIEMPO DE EVOLUCIÓN PROLONGADO- S E CONS IDERA NECES ARIA VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL PARA ES TUDIOCOMPLEMENTARIO Y MANEJO DEFINITIVO- CON EL OBJETIVO DE DES CARTAR LES IONES DE PARTES BLANDAS DE MAYOR COMPLEJIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
MAS A EN MUS LO IZQUIERDO DE Más DE 6 MES ES DE EVOLUCIÓN- CON CRECIMIENTO PROGRES IVO Y DOLOR A LA PALPACIÓN.ECOGRAFÍA PREVIA COMPATIBLE CON LES IÓN LIPOMATOS A.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Tumor Benigno Lipomatoso De Piel Y De Tejido Subcutaneo De Miembros		D172		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-28	07:51	Keily	Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313408427				

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	