

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           | Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres | HB                        | 1352652992                          |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                 | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Vidal                                 | Moreira          | María                                         | Nohelia                   | M                                   | 22-07-2017                                              | 8    | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                                    |                           | DERIVACIÓN                          |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 09941202444                           |                  | <input checked="" type="checkbox"/>           |                           | <input type="checkbox"/>            |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 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             | 130350                                        | 4. Equipos en mal estado. |                                     | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 5. Problemas de infraestructura.              |                           | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                         |      |                         |   |   |   |  |

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 FEMENINO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PROTUBERANCIA DE 1-2 CM EN REGION PREAURICULAR IZQUIERDA MOVIL ECOGRAFIA SIN FLUJO VASCULAR CON APARIENCIA DE LIPOMA Y OTRO EN EL TRONCO RARAXIFOIDEO DERECHO DE 2CM DE SIMILAR CARACTERÍSTICA APP NO REFIERE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECO

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO                                                 | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | Tumor Benigno Lipomatoso De Piel Y De Tejido Subcutaneo De Cabeza Cara Y Cuello | D170 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. |                                                                                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                                                                                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-04-20                            | 02:17        |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |

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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |