



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	San Pedro De Atascoso		CS-A	0925932113																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Zambrano		Rodriguez		Oscar		Alcibiades		H	01-07-1987	38	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X				
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO																	
0999999999				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.																		
13		1303	130302		3. Falta de equipamiento.																		
					4. Equipos en mal estado.																		
					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		Cirugía General	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MAS CULINO DE 38 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR MAS A A NIVEL INGUINAL IZQUIERDO- ADHERIDA A REGIÓN PROXIMAL DE LA PIERNA- DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN. REFIERE MOLES TIA LOCAL Y AUMENTO DE VOLUMEN. ACUDE CON ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS REALIZADA PREVIAMENTE. EL ESTUDIO ECOGRÁFICO REPORTA: PRESENCIA DE GANGLIOS LINFÁTICOS EN RANGO ADENOMEGÁLICO EN REGIÓN INGUINAL IZQUIERDA. ECOES TRUCTURA CONS ERVADA- DE AS PECTOINFLAMATORIO / REACTIVO. MEDIDAS APROXIMADAS DE: 52 X 22 MM 32 X 15 MM 26 X 10 MM 24 X 9 MM RODEADOS DE EDEMA DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO. SIN EVIDENCIA DE COLECCIONES AL MOMENTO DEL ESTUDIO. IMPRESIÓN ECOGRÁFICA: ADENOMEGALIAS INGUINALES IZQUIERDAS DE AS PECTO INFLAMATORIO. POR HALLAZGOS CLÍNICOS E IMAGENOLÓGICOS - SE DECIDE REFERENCIA A CIRUGÍA GENERAL PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
ECOGRAFÍA DE REGIÓN INGUINAL IZQUIERDA REPORTA: MÚLTIPLES ADENOMEGALIAS INGUINALES IZQUIERDAS DE AS PECTOINFLAMATORIO / REACTIVO. GANGLIOS DE HASTA 52 X 22 MM. EDEMA DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ADYACENTE. SIN EVIDENCIA DE COLECCIONES.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Linfadenitis Aguda De Otros Sitios		L048		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-26	07:32	Ramon		Velez	Quevedo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1313445387					

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	