

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                                   |  | 1410             | SC PICHINCHA             |                              | A         | O926185745                         |            | O926185745                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |            | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ROSADO                                |  | TUAREZ           |                          | ANGELA                       |           | LILIANA                            |            | F                                                       | 22/12/1987       | 37   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                          | REFERENCIA                   |           | X                                  | DERIVACIÓN |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| 0939195364 // 0990327340              |  |                  |                          | 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                      |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | PICHINCHA        |                          | PICHINCHA                    |           | 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 NAPOLEON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA |  | CIRUGIA GENERAL |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACEINTE PRESENTA CUERPO EXTRAÑO SE REALIZA ECOGRAFIA DE CONTROL QUE SE PROYECTA IMAGEN ECOGENICO PERFIL PROYECTA PLANO MUSCULAR A 14MM DE PIEL APROXIMANDAMENTE 37 MM X 369MM X14MM VP VOLUMEN DE 10.67 CC

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                                                                    |                 |      |     |     |     |    |  |     |     |     |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO |                                                                    | DEF= DEFINITIVO |      | CIE | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DEL TRONCO |                 | D171 |     | X   |     | 4. |  |     |     |     |
| 2.              |                                                                    |                 |      |     |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3.              |                                                                    |                 |      |     |     |     | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                  |  |
| 13/02/2025                            |              | EDGARDO       |  | ALAY            |  | MERO                                                                                                              |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  |                 |  | SELLO                                                                                                             |  |
| 1310535131                            |              |               |  |                 |  | <div>Dr. Edgardo Alay M.<br/>MÉDICO ESPECIALISTA<br/>MEDICINA FAMILIAR<br/>Reg. Seneskyt: 1027-2022-2414948</div> |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |  |    |  |    |  |                        |  |    |   |    |  |
|------------------------|--|----|--|----|--|------------------------|--|----|---|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA |  | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | SI | X | 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            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |