

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MOTATO           | GUTIERREZ        | LEIDY YOHANA | 10                  | 09  | 2000 | 25 años, 8 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------------|
| COLOMBIANO/A    | COLOMBIA       | 0963532114        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO RANCHO QUEMADO y SN    | 096-182-0128 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 0963532114      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                            |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | Hospital Napoleón Dávila Cordova - Chone | Consulta externa | Traumatología - Brigada Médica externa ONG |  | 2026  | 06  | 09  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad                               |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad  
resolutiva



Saturación capacidad  
instalada



Ausencia temporal del  
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA POR POR PRESENTAR MASA DORSAL ANTERIOR EN REGIÓN CUBITAL DISTAL QUE PRIMERO PRESENTÓ DOLOR Y POSTERIORMENTE PRESENTÓ UNA PROTUBERANCIA QUE HA AUMENTADO DE TAMAÑO PROGRASIVAMENTE, ADEMÁS REFIERE DOLOR LUMBAR DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN QUE HA IDO PRESENTADONSE DE FORMA INTERMITENTE, QUE SE PRESENTA AL REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, ACOSTARSE, LEVANTARSE, QUE HA DIFICULTADO LA ACTIVIDAD COTIDIANA, LO ASOCIA A LA PUNCIÓN LUMBAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| GANGLION    | M674   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-09 | 10:33 | Medicina Rural | ROMMEL STEVEN ZAMBRANO BARREIRO | 1316390481 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud |  | Tipo | Servicio | Especialidad |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|--|------|----------|--------------|--|
|                     |                 |                          |  |      |          |              |  |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |  |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|--|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |  | /    |               |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud |  | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-09 | 10:33 | Medicina Rural | ROMMEL STEVEN ZAMBRANO BARREIRO | 1316390481 |       |