

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CONTRERAS	ALCIVAR	HAYDEE MAYBETH	09	08	2003	22 años, 9 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1208561207	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE COLON y MANUEL DE JESUS ALVAREZ	097-890-5032 /
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	1208561207	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	06	05
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 FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UO PARA REVISION DE COMPLEMENTARIOS ENVIADOS DIAS ATRAS POR REFERIR CUADRO CLINICO DE HACE 2 SEMANAS DIAS DE EVOLUCION APX CARACTERIZADO POR DOLOR EN LUGAR DEL QUISTE UBICACION EN REGION OCCIPITAL. ACOMPAÑADO DE CEFALEAS ESPORADICAS. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: PARTES BLANDAS a nivel de la región OCCIPITAL DERECHA observando sobre el plano muscular la presencia de ADENOPATIA PEQUEÑA no vascularizada que mide 7.4x2.6mm

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL TRONCO		R222		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-05	07:58	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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 clinico

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
2026-06-05	07:58	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	