

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	ZAMBRANO	PEDRO PABLO	30	06	1946	79 años, 4 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303117251	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	099-208-4549 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303117251	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	11	10
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

S: PACIENTE MASCULINO ADULTO MAYOR DE 79 AÑOS DE EDAD NO DEPENDIENTES DE TERCEROS ACOMPAÑADO DE SU HIJA Y ESPOSA ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD REFIRIENDO CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD FRONTO-ACCIPITAL MAS CERVICALGIA QUE INTERFIERE CON EL SUEÑO, NO ESTA ACOMPAÑADO DE FIEBRE, NO VOMITOS, NO DIARREAS, NO SINTOMAS VIZUALES, REFIERE DISURIA, NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL O CIGARRILLOS, REALIZA SUS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA CON CIERTA DIFICULTAD. APP: NO REFIERE, APQ: HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL, ALERGIAS: NO REFIERE. O: EXPLORACION FISICA: ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, GLASGOW 15/15, EL CUELLO: CON UN ARCO DE MOVILIDAD DIMINUION A LA DOSIFLEXION, SIN PRESENCIA DE PLIEGUES LATERALES. NO SE PALPAN ADENOPATÍAS, SE PALPA EN REGION POSTERIOR DEL CUELLO MASA DE CONSITENCIA SEMISOLIDA, DELIMITADA CON BORDES REGULARES DE APROXIMADAMENTE 8X10 CM. A: PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIAGNOSTICO CON MASA EN REGION DORSAL DEL CUELLO QUE GENERA DOLOR Y DISMINUCION DE LA CALIDAD DE VIDA MAS INFECCION DE VIAS URINARIAS E INFECCION PARASITARIA POR QUISTE DE ENTAMOEBA HISTOLYTICALA CUAL SE ENVIA TRATAMIENTO. PLAN: SE REALIZA EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA, PREVENCION DE CAIDAS, SE ENVIA TRATAMIENTO ANALGESICO, SE REALIZA REFERENCIA PARA MANEJO QUIRURGICO E INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 13.4 MG/DL, HEMATOCRITO 39.4 %, VCM 83.8 UM, PALQUETAS 184.000 MONOCITOS 10.2%, EOSINOFILOS 0.7% COPROLOGICO: QUISTE DE ENTAMOEBA HISTOLYTICA ALT (SGPT): 21.5 U/L AST (SGOT): 30.0 U/L COLESTEROL: 186.9 MG/DL, TRIGLICERIDOS 236.2 CREATININA: 0.89 MG/DL UREA: 21.9 MG/DL EMO (UROANALISIS DE RUTINA): QUIMICO: DENSIDAD 1.010 ASPECTO TURBIO LEUCOS NEGATIVOS. MICROSCIOPICO LEUCITOS 1-2, HEMATIES 1-2, CELULAS EPITELIALES 2-4 BACTERIAS ESCASAS ULTRASONIDO: CON TRADUCTOR LINEAL SE EXPLORA REGION CERVICAL POSTERIOR LESION OCUPATIVA DE ESPACIO EN RELACION A LIPOMA UBICADO EN ZONA CERVICAL POSTERIOR ISOGENICA, NO VASCULARIZADA, RENITENTE A LAS PRESION DEL TRASDUCTOR Y CONTRONO REGULAR, SIN SOMBRA ACUSTICA POSTERIOR NI MICROCALCIFICACIONES INTERNAS MIDE 4X8X1.7 CM UBICADO A 0.29 CM DE PROFUNDIDAD, FIBRAS MUSCULARES CON DISPOSICION ADECUADA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE CABEZA, CARA Y CUELLO	D170	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	15:00	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	

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
2025-11-10	15:00	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	