

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	BOWEN	MARIA JULIETA	04	12	1963	61 años, 10 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305036491	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE ROCAFUERTE y SUCRE Y COLON	/
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	1305036491	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	2025	10	20
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 FEMENINA DE 61 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE CÁNCER GÁSTRICO, PORTADORA DE COLOSTOMÍA. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR MASA MÓVIL, INDOLORA, DE APROXIMADAMENTE 1X1 CM DE DIÁMETRO, LOCALIZADA EN REGIÓN DORSAL DE PIE DERECHO, CON EVOLUCIÓN DE VARIOS MESES. REFIERE QUE DÍAS ATRÁS FUE TRATADA POR INFLAMACIÓN EN REGIÓN PLANTAR DE PIE IZQUIERDO. LA MASA NO HA PRESENTADO CAMBIOS EN TAMAÑO NI SÍNTOMAS ASOCIADOS COMO DOLOR, ERITEMA O CALOR LOCAL. SE REALIZA ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA LESIÓN, CUYO RESULTADO ES COMPATIBLE CON LIPOMA, SIN SIGNOS DE VASCULARIZACIÓN NI CARACTERÍSTICAS SUGESTIVAS DE MALIGNIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA: LIPOMA SIN SIGNOS DE VASCULARIZACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS	D172		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	08:02	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	



Firmado electrónicamente por:
**MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO**
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-20	08:02	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	