

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CEDEÑO	TERESITA MARCELA	10	11	1969	55 años, 9 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306111780	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NA y CASA	098-848-1866 / (05)-258-5267
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	1306111780	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía General	2025	09	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

USUARIA QUE ACUDE POR REFERIR DOLOR EN ZONA GLUTEA LA MISMA QUE SE PRESENTA DESDE HACE 7 DÍAS , DOLOR QUE HA IDO PROGRESANDO EN INTENSIDAD CONCOMITANTEMENTE REFIERE ALZA TÉRMICA Y MALESTAR GENERAL, SE EVIDENCIA EN GLÚTEO DERECHO ZONA ERITEMATOSA MUY DOLORA AL TACTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ZONA GLUTEA CON PRESENCIA DE TUMORACIÓN ERITEMATOSA Y DOLOROSA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	L023		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-05	13:52	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

Firmado electrónicamente por:
EDGAR RENATO LEONES GOMEZ
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 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
2025-09-05	13:52	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	