

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	CEDEÑO	CARMEN CECILIA	12	11	1968	56 años, 9 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306196468	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA ARAY y RAYMUNDO AVEIGA	099-801-6772 / (05)-269-9969
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	1306196468	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	09	02
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 EN ECOGRAFIA PRESENTA EN BRAZO DERECHO REGION POSTERIOR PRESENCIA DE NÓDULO SUBCUTÁNEO DE 35X16MM, DE CONTORNO REGULAR ENCAPSULADO HOMOGÉNEO, AL MAPEO DOPPLER NO SE DETERMINA PRESENCIA DE FLUJO EN SU INTERIOR, NÓDULO DE ETIOLOGÍA A DETERMINAR.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COLESTEROL: 185.27 GLUCOSA: 96.84 TRIGLICERIDOS: 113.25 ULTRASONIDO: BRAZO DERECHO REGION POSTERIOR PRESENCIA DE NÓDULO SUBCUTÁNEO DE 35X16MM, DE CONTORNO REGULAR ENCAPSULADO HOMOGÉNEO, AL MAPEO DOPPLER NO SE DETERMINA PRESENCIA DE FLUJO EN SU INTERIOR, NÓDULO DE ETIOLOGÍA A DETERMINAR HDL- COLESTEROL: 38.80 LDL- COLESTEROL: 123.82

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO SUPERIOR	R223		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-09-02	08:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	Validado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ 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
2025-09-02	08:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	