

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CEDEÑO	LINGOL VEREFFOR	30	01	1974	52 años, 5 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306200815	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	096-267-0045 /
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	1306200815	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	07	17
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 MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, AA: NO REFIERE, ACUDE A CENTRO DE SALUD INDICANDO QUE PRESENTA AUMENTO DE VOLUMEN GANGLIONAR A NIVEL CERVICAL, ASOCIADO A DOLOR Y DISFAGIA DE PREDOMINIO PARA ALIMENTOS SÓLIDOS, LO QUE HA LIMITADO DE FORMA IMPORTANTE LA INGESTA ORAL. REFIERE EVOLUCIÓN PROGRESIVA DE LA SINTOMATOLOGÍA, SIN MEJORÍA CLÍNICA. DEBIDO A LA PERSISTENCIA DEL CUADRO Y AL COMPROMISO DE LA ALIMENTACIÓN, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO, PACIENTE COLABORATIVO AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ADENOMEGALIA LOCALIZADA	R590	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	08:26	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-17	08:26	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	