

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	CEDEÑO	RAMONA ANTONIA	02	09	1975	49 años, 6 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306692482	MANABI	CHONE	CANUTO	OLLA VIEJA VIA TARUGO y X	097-933-8522 /
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	1306692482	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	03	19
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 49 AÑOS DE EDAD CON APP: HTA. APF: MADRE HTA HERMANA HTA. APQ CESAREA, LIGADURA, HISTERECTOMIA. ALERGIAS: NO REFIERE. LA PACIENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE MAS MENOS DOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADOS POR APARICIÓN DE QUISTES POR DEBAJO DE LA PIEL DEL ANTEBRAZO Y BRAZO IZQUIERDO LOS CUALES SEGUN EL PACIENTE INDICA PRODUCEN MOLESTIA Y DOLOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE OBSERVAN Y SE PALPAN VARIOS QUISTES DE TAMAÑOS VARIABLES EN ANTEBRAZO Y BRAZO CON PRESENCIA DE LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN. QUISTES BLANDO Y CON MOVILIDAD NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE INFECCIÓN O INFLAMACIÓN.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTEATOCISTOMA MULTIPLE	L722	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-19	10:01	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-03-19	10:01	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	