

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	DELGADO	OLINDA DEL ROCIO	25	07	1973	51 años, 5 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307238442	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MANUEL DE JESUS ALVAREZ y AYACUCHO	098-842-3874 /
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	1307238442	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	01	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS ACUDE POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA APROXIMADAMENTE 3 AÑOS DE EVOLUCION QUE PRESENTA BULTO A NIVEL SUPERIOR DE LA MUÑECA CERCA DE LA ARTICULACION QUE HA IDO AUMENTANDO DE TAMAÑO E INDICA QUE PRESENTA DOLOR DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION, DOLOR QUE LIMITA LA MOVILIDAD Y LE GENERA PARESTESIA, NO LE PERMITE ESCRIBIR, NI REALIZAR SU TRABAJO DE FORMA USUAL. NIEGA OTROS SINTOMAS. AL INTERROGATORIO REFIERE QUE ACUDIO A TRAUMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA BULTO DE APROXIMADAMENTE 1CM DE DIAMETRO QUE SE PALPA EN LA MUÑECA DE CONSISTENCIA DURA Y DOLOROSO A LA PALPACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO PRESENTA EXAMENES DE LABORATORIO

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	FIRMA
2025-01-21	12:37	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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