

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	SILVIA GRACIELA	06	05	1982	42 años, 8 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308275799	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUNTA Y FILO y	098-007-0366 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308275799	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2025	01	22
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	☐	LIPOMA EN REGION AXILAR DERECHA	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 42 AÑOS. APP: HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG AM, AMLODIPINO 5 PM. ACUDE POR PRESENTAR TUMEFACCION EN REGION AXILAR DERECHA QUE OCASIONA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. ACUDE CON ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS REALIZADA EL 26/11/2024 QUE REPORTA: LESION OCUPANTE DE ESPACIO EN REGION AXILAR DERECHA EN RELACION A LIPOMA CON BORDES REGULARES DIFERENCIABLES SIN CAPTACION CON MEDIDAS DE 26.1 MM X 4.7 MM X 23.4 MM Y UN VOLUMEN DE 1.51 CC A UNA DISTANCIA DE 0.16 CM DE LA PIEL.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESION OCUPANTE DE ESPACIO EN REGION AXILAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	D177		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	11:10	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-01-22	11:10	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	