

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	SILVIA GRACIELA	06	05	1982	43 años, 4 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	Conveccional/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	09	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

☐

ESTUDIO DE LIPOMA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 42 AÑOS DE EDAD, HIPERTENSA, EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG AM, AMLODIPINO 5 MG PM. ACUDE A CENTRO DE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA. AL INTERROGATORIO REFIERE QUE EL 26/08/2025 FUE INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE EN EL HOSPITAL DE CHONE Y LE INDICARON PEDIR TURNO SUBSECUENTE EN UN CENTRO DE SALUD PARA ESTUDIO DE BIOPSIA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF. 0980070366

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-22	09:51	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
2025-09-22	09:51	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	