

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUZME	BRAVO	DIONICIO ARTIMIDORO	27	09	1975	49 años, 2 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308542735	MANABI	CHONE	SANTA RITA	NA y NA	999-999-9999 / (00)-000-0000
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	1308542735	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	12	03
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 REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS PRESENTA UNA MASA EN REGION PERIAURICULAR IZQUIERDA QUE AUMENTADO DE TAMAÑO PROGRESIVAMENTE SE ACOMPAÑA DE LEVE DOLOR EN DICHA ZONA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA SE VISUALIZAN LOS ELEMENTOS ANATOMICOS DE LAS GLANDULAS PAROTIDAS, OBSERVANDO AUMENTO DE TAMAÑO DE LA GLANDULA IZQUIERDA EN RELACION AL CONTRALATERAL, ESTRUCTURA ISOECOIDE, CAPTACION VASCULAR NORMAL AL ECO DOPPLER, GLANDULAS MUBMAXILARES Y TIROIDES NORMALES. HIPERTROFIA PAROTIDEA IZQUIERDA(SUGIERE REALIZAR RM)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CRONICA DE LAS AMIGDALAS Y DE LAS ADENOIDES, NO ESPECIFICADA	J359		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	14:11	Medicina Rural	GABRIEL ALEXANDER CANDO VILLENA	1804365094	

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
2024-12-03	14:11	Medicina Rural	GABRIEL ALEXANDER CANDO VILLENA	1804365094	