

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MANZABA	RAMONA LEONOR	22	04	1978	47 años, 8 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309248118	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	0991246298
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	1309248118	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	01	21
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 46 AÑOS ***APP: NR ***APQ: NR***AA: NR _____ REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE MUCOCELE EN BORDE LATERAL IZQUIERDO DE LENGUA DE +/- 0.6CM, DE CRECIMIENTO PAULATINO,. DOLOROSO AL MOVIMIENTO E INGESTA DE ALIMENTOS. REFIERE QUE UN DIA COMENZÓ A MANIPULARSE LO Y SANGRO EN ESE MOMENTO. ALZA TERMICA NO CUANTIFICABLE EN DICIEMBRE, DOLOR ESTOMACAL Y DIARREAS , COMENTA QUE ESTOS CUADROS LE SUELEN SUCEDER A REPETICION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE MUCOCELE EN BORDE LATERAL IZQUIERDO DE LENGUA DE +/- 0.6CM, DE CRECIMIENTO PAULATINO,. DOLOROSO AL MOVIMIENTO E INGESTA DE ALIMENTOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	K116	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-21	12:54	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-21	12:54	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	