

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MERA             | ZAMBRANO         | YENNY ELIZABETH | 04                  | 04  | 1982 | 43 años, 10 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309351094        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SN y SN                      | 096-861-5335 /       |
| 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                 | 1309351094      | 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 | Cirugía General | 2026  | 02  | 05  |
| 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

PRESENTA MASA EN MUSLO EN SU PARTE INTERNA LA CUAL HA AUMENTADO DE TAMAÑO QUE IMPIDE LA MARCHA Y EN OCASIONES DUELE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA MASA EN MUSLO EN SU PARTE INTERNA LA CUAL HA AUMENTADO DE TAMAÑO QUE IMPIDE LA MARCHA Y EN OCASIONES DUELE

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS | D172   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA                                                                                                                                                                                       |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-05 | 15:21 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>MARIO FABIAN CERCADO PLUAS</b><br>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 clínico

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2026-02-05 | 15:21 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |