

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	LOOR	ROSA ELENA	26	05	1976	50 años, 1 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309691549	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	BOTIJA ADENTRO y BOTIJA ADENTRO	098-802-6453 /
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	1309691549	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	Consulta externa	Cirugía General	2026	06	30
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

PTE. FEMENNA DE 50 AÑOS QUIEN ACUDE ACOMPAÑADA DE SU CUÑADA SOLICITANDO REFERENCIA AL HEP.- POR AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN DORSAL IZQUIERDA... DE 20cm DE DIAMETRO APROXIMADAMENTE A EXPENSAS DE TEJIDO BLANDO... LA ECOGRAFIA DE 02/06/2026 REPORTA: MASA DE GRAN TAMAÑO DE CRECIMIENTO EXOFITICO, LOCALIZADA EN PLANO SUBCUTANEO DE REGIÓN ESCAPULAR IZQUIERDA QUE POR SUS CARACTERISTICAS IMPRESIONA SER DE CARACTERISTICAS LIPOMATOSAS SIN EMBARGO POR PRECENCIA DE VASCULARIDAD SE RECOMIENDA TAC CON CONTRASTE PARA SU VALORACIÓN Qx.- TAMBIEN SE CONSTATA TA: 200/110mmHg POR ELLO SE INDICIA LOSARTAN 100MG+ AMLODIPINO 5MG + CLLORTALIDONA25MG... EKG Y MAPA HOLTER ...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

. LA ECOGRAFIA DE 02/06/2026 REPORTA: MASA DE GRAN TAMAÑO DE CRECIMIENTO EXOFITICO, LOCALIZADA EN PLANO SUBCUTANEO DE REGIÓN ESCAPULAR IZQUIERDA QUE POR SUS CARACTERISTICAS IMPRESIONA SER DE CARACTERISTICAS LIPOMATOSAS SIN EMBARGO POR PRECENCIA DE VASCULARIDAD SE RECOMIENDA TAC CON CONTRASTE PARA SU VALORACIÓN Qx.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL TORAX	D213		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	14:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-06-30	14:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

