

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ALCIVAR	CARLOS ENRIQUE	25	01	1967	57 años, 11 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309775417	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BAY PASS y TACHEVE	097-989-7705 / (05)-269-7786
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	1309775417	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	01	14
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 MASCULINO DE 57 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU HERMANA CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 70% E HIPERTENSION ARTERIAL EN CONTROL CON ENALAPRIL DE 5 MG. TRAE ESTUDIO DE IMAGEN SOLICITADO EN CONSULTA ANTERIOR QUE REPORTA QUISTE SEBACEO QUE MIDE 23*10*26 MM. ESTUDIO SOLICITADO POR HALLAZGOS EN EXAMEN FÍSICO DE MASA EN TORAX ANTERIOR DE 2 CM DE DIAMETRO SIN SIGNOS DE INGLAMACIÓN, SIN DOLOR, SIN ERITEMA. SUAVA¿E, MOVIL, DE BORDES REGULARES. ASINTOMATICO AL INTERROGATORIO. SIN OTRA NOVEDAD AL EXAMEN FÍSICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA SU ABORDAJE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	14:09	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-01-14	14:09	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	