

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	LIDER LUGITO	19	07	1979	45 años, 6 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309979159	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	096-833-4638 /
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	1309979159	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	02	12
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 45 AÑOS. APP: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. APQX: CIRUGIA DE RECONSTRUCCION DE PIES IZQUIERDO POSTERIOR A ACCIDENTE TIPO ARROLLAMIENTO A LOS 12 AÑOS DE EDAD. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE DOLOR EN REGION DE DICHA CIRUGIA. AL EXAMEN FISICO DEL PIE, SE PALPA MASA DE CONSISTENCIA BLANDA SUJETA A QUISTE SINOVIAL EN LA REGION SUPERIOR DE CICATRIZ QUIRURGICA EN LA REGION DORSAL DEL PIE, PACIENTE REFIERE DOLOR SEVERO QUE IMPOSIBILITA REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS(AGRICULTURA)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA DE CONSISTENCIA BLANDA SUJETA A QUISTE SINOVIAL EN LA REGION SUPERIOR DE CICATRIZ QUIRURGICA EN LA REGION DORSAL DEL PIE, PACIENTE REFIERE DOLOR SEVERO QUE IMPOSIBILITA REALIZAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS(AGRICULTURA)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GANGLION	M674		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	16:45	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-02-12	16:45	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	