

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ALVAREZ	ESTHER MARGARITA	14	09	1984	41 años, 10 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310244221	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SD y	095-966-8873 /
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	1310244221	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	07	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 FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, AA: NO REFIERE, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIÓN TUMORAL EN EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA COMPATIBLE CON LIPOMA, DE EVOLUCIÓN PROLONGADA, QUE REFIERE HA PRESENTADO AUMENTO PROGRESIVO DE TAMAÑO DURANTE EL PASO DE LOS MESES. MANIFIESTA INCREMENTO DE LA PREOCUPACIÓN DEBIDO AL CRECIMIENTO DE LA MASA, CON POSIBLE REPERCUSIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA. POR AUMENTO PROGRESIVO DE LA LESIÓN Y NECESIDAD DE VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA CONFIRMAR CARACTERÍSTICAS, DEFINIR CONDUCTA TERAPÉUTICA Y CONSIDERAR MANEJO QUIRÚRGICO, SE SOLICITA REFERENCIA AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL PARA EVALUACIÓN, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, COLABORATIVA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR	R224		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	12:05	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-14	12:05	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

