

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	MACIAS	JESSICA MARIA	05	01	1986	40 años, 2 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310929177	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA NARANJOS 1 y	099-448-1197 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310929177	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	03	16
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 con antecedente de mordedura de perro el 29 de enero en la región anterior del muslo izquierdo. Presenta evolución tórpida con aumento de volumen (tumefacción) localizado en la zona del trauma, dolor a la palpación y signos de inflamación local. Examen Físico (Hallazgos locales): Zona del muslo anterior izquierdo con tumefacción (aumento de volumen), eritema, calor local y dolor. Estudio de Imagen (Ecografía): Se reporta una colección líquida (seroma/absceso) de 19CC en el lugar de la mordedura, compatible con una complicación posmordedura, posiblemente una colección encapsulada de tejido subcutáneo

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA ABCESO DE 19 CC

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO	L024		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-03-16	10:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	Validado electrónicamente por: ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA 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
2026-03-16	10:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	