

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CEDEÑO	PEDRO ADALBERTO	20	03	1985	39 años, 6 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312050477	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA AL CARMEN y	096-745-3256 /
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	1312050477	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	2024	10	04
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

PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS ACUDE A CENTRO DE SALUD DEBIDO A LA PRESENCIA DE MASA DE ASPECTO PEDICULADO EN CABEZA, AL INTERROGATORIO REFIERE QUE APARECIO HACE APROXIMADAMENTE 20 AÑOS POSTERIOR A CAIDA DEBIDO A LA CUAL TUVIERON QUE SUTURARLE EL CUELLO CABELLUDO POSTERIOR A ESTE EVENTO COMENTA QUE A NIVEL DE LA SUTURA SE FORMO ESTA MASA. AL EXAMEN FISICO SE VISUALIZA MASA PEDICULADA DE 2 CM DE DIAMETRO APROXIMADAMENTE. COLOR BLANQUECINA A NIVEL PARIETAL IZQUIERDO. AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE ENCONTRABA SANGRANDO (LO CUAL PACIENTE COMENTA ES COMUN).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA PEIDULADA DE 2 CM DE DIAMETRO APROXIMADAMENTE A NIVEL DE PARIETAL IZQUIERDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN LA CABEZA	R220		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-04	18:58	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-10-04	18:58	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	