

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	PAZMIÑO	MERCEDES EDILMA	30	05	1989	36 años, 5 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312116153	MANABI	CHONE	CONVENTO	SN y	099-042-4989 /
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	1312116153	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2025	11	18
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 36 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR MASA MOVIL DE 2X1 CM EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO(MANO). PACIENTE REFIERE DOLOR EN AREA PARA SUS LABORES DIARIAS HOY TRAE CONSIGO ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DEL 17/11 QUE LO REPORTA COMO GANGLION DEL DORSO DE LA MANO IZQUIERDA. ADEMAS REFIERE CUADRO DE ESPASMOS MUSCULARES DURANTE LA NOCHE. APP: NO REFIERE APF: HTA PAPA. AQX: SALPINGECTOMIA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, COLABORADORA, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: DORSO MANO IZQUIERDA: MASA MOVIL NO DOLOROSA A LA PRESION ECOGRAFICA. IMAGEN NODULAR, APARENTEMENTE EXTRAOSEA, SUBCUTANEA DE 1.8 X 0.99 DE ALTURA, BORDES BIEN DELIMITADOS, ANECOICA, NO DOPPLER PERIFERICO NI CENTRAL. COMPATIBLE CON GANGLION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GANGLION	M674		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-18	12:49	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2025-11-18	12:49	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

