

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	PARRAGA	VERONICA LUCIA	22	09	1985	40 años, 0 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312305426	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VERGEL y SIN NOMBRE	097-890-8292 /
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	1312305426	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	2025	10	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 ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LIPOMA VISIBLE LOCALIZADO A NIVEL SUPRACLAVICULAR IZQUIERDO, DE 2X2 CM APROXIMADAMENTE, BLANDO, MOVIL, NO DOLOROSA, SIN PIGMENTACION, PACIENTE REFIERE ESCOZOR EN OCASIONES. NO SE INDICA SINTOMAS ASOCIADOS. ADEMAS REFIERE CEFALEA HEMICRANEANA, DE 3 AÑOS DE EVOLUCION, PULSATIL, CADA 2 DIAS, NIEGA FOTOFobia, FOTOPSIA, EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE NAUCEAS Y VOMITOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA TIPO LIPOMA VISIBLE SUPRACLAVICULAR DE 2X2 CM APROXIMADAMENTE, BLANDO, MOVIL, NO DOLOROSA, SIN PIGMENTACION, PACIENTE REFIERE ESCOZOR EN OCASIONES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DEL TRONCO	D171		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-10-14	14:58	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO 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
2025-10-14	14:58	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	