

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARIN	AVILA	ZOILA TRINIDAD	05	12	1983	41 años, 8 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312435520	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA CARMELA y	098-876-0440 /
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	1312435520	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	2025	09	02
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 DE 41 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: DIABETES MELLITUS (ABUELA MATERNA), ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR INTERMITENTE ABDOMINALQUE SE ACOMPAÑA DE METEORISMO Y DE UN MES DE EVOLUCIÓN. RERIERE SECRECION VAGINAL AMARILLA-VERDE, QUE SE ACOMPAÑA DE MAL OLOR, PRURITO, DISURIA, DISPAREUNIA DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN. REFIERE CEFALEA INTERMITENTE EN ESTAS ULTIMAS. REFIERE MASA EN FRENTE DE 9 AÑOS DE EVOLUCIÓN. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA EN REGIÓN PELVICA. SE EVIDENCIA MASA EN REGIÓN DE LA FRENTE DE APROXIMADAMENTE 5 CM. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASA DE 5 CM EN FRENTE. NUMERO: 0988760440 // 0999822078

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
2025-09-02	11:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-09-02	11:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	