

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BARREIRO	MARIA ANNABELLY	06	02	1991	34 años, 6 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312623273	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL VERGEL y	098-538-5169 / (99)-999-9999
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	1312623273	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	08	13
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

☐

PACIENTE CON
PRESENCIA DE
PROTUBERANCIA EN
GLUTEO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, AQX: COLECISTECTOMÍA (HACE 6 AÑOS), APENDICECTOMIA (HACE 22 AÑOS), CESAREAS (3); AA: NO REFIERE; APF: MAMÁ CA DE MAMA Y RENAL, HTA. ACUDE POR CLÍNICA DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓNQUE SE CARACTERIZA POR PRESENCIA DE PROTUBERANCIA EN GLUTEO IZQUIERDO QUE OCASIONA DOLOR. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.0985385169

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO Y VALORACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR	R224	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	08:28	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-08-13	08:28	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

