

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SALAZAR	CRISTHIAN FERNANDO	01	11	1991	34 años, 1 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312902321	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	098-300-2952 /
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	1312902321	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	12	30
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 CON ANTECEDENTE DE MASSA CERVICAL DE APROXIMADAMENTE 7 MESES DE EVOLUCION NO DOLOROSA, FIJA,NIEGA FIEBRE, NO USO DE AINES, SE REALIZÓ UNA ECO HACE MAS DE UN AÑO CON PRESUNTIVO DE HIGROMA QUISTICO VS LINFANGIOMA, AL MOMENTO NIEGA CAMBIO EN EL TONO D EL VOZ, NO PERDIDA DE PESO NI APETITO, NO HABITOS TOXICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GB 7.06, LINFOCITOS 44.8, NEUTROFLOS 43.8 GLUCOSA 108, CR 1.09, COLE 180, TGL 113.2, TGO 28, TGP 36. ULTRASONIDO: ECO DE TIROIDES TIROIDES NORMAL, EN REGION LATERAL DE CUELLO SE OBSERVA 3 IMAGENESHIPERCOGENICAS QUE IMPRESIONA HIPERTROFIA CADENA GANGLIONAR IZQUIERDA T4 LIBRE/TOTAL: 1.62 TSH: TSH 2.56

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LINFADENITIS AGUDA DE CARA, CABEZA Y CUELLO	L040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-30	14:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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