

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	CHAVEZ	MARIELA ALEXANDRA	12	10	1989	34 años, 11 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313133637	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y	098-697-1894 /
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	1313133637	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	2024	09	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 QUE DESDE HACE UN MES SE PERCATATA DE LA PRESENCIA DE MASA DE CONSITENCIA QUISTICA, NO DOLOROSA, EN REGION PREAURICULAR IZQUIERDA EN RELACION CON GLANDULA PAROTICA. EXPLORACION ECOGRAFICA REALIZADA EL 12 DE SEPTIEMBRE REVELA QUISTE SIMPLE EN REGION DE LA PAROTICA QUE MIDE 2.2 XM X 0.7 CM X 0.8 CM, CON VOLUMEN DE 0.7 CC. EN EL MISMO LADO EN EN REGION SUBMAXILAR SE DETECTA OTRO QUISTE DE 1.2 CM X 0.7 CM X C 0.8 CM CON VOLUMEN DE 0.4 CC.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUISTE SIMPLE EN REGION DE LA PAROTICA QUE MIDE 2.2 XM X 0.7 CM X 0.8 CM, CON VOLUMEN DE 0.7 CC. EN EL MISMO LADO EN EN REGION SUBMAXILAR SE DETECTA OTRO QUISTE DE 1.2 CM X 0.7 CM X C 0.8 CM CON VOLUMEN DE 0.4 CC.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA	D110	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-18	10:17	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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