

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	MONTESDEOCA	JENIFFER ESTEFANIA	01	03	2001	23 años, 6 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313229013	MANABI	CHONE	RICAU RTE	RICAU RTE y	096-756-2399 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313229013	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2024	09	17
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 DE 23 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES PATOLOGICAS: HIPERTENSION, DIABETES, HIPOTIROIDISMO. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ALERGIAS: NITROFURANTOINA. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR ALOPECIA Y RESEQUEDAD CUTÁNEA, REFIERE QUERER REALIZARSE EXÁMENES DE LABORATORIO POR ANTECEDENTE FAMILIAR, POR LO QUE SE ENVÍA ORDEN. ADEMÁS PRESENTA PROTUBERANCIA EN MANO DERECHA, MOVIL Y DOLOROSA A LA PALPACIÓN POR LO QUE SE INDICA REFERENCIA A CIRUGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GANGLION	M674	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-17	08:43	Medicina Rural	OSCAR ANDRES ALMEIDA SOLORZANO	1313777250	

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
2024-09-17	08:43	Medicina Rural	OSCAR ANDRES ALMEIDA SOLORZANO	1313777250	