

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAPA	OBANDO	IRENE TRINIDAD	02	08	1994	30 años, 6 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313423327	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LIMON y	096-721-1458 / (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	1313423327	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2025	02	15
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 FEMENINO DE 30 A DE EDAD ACUDE A CITA MEDICA POR MOTIVO DE PRESENTAR TURMORACION A NIVEL SUPRAPUBICO, DE APROX 4 A DE EVOLUCION MENCON QUE HA AUMENTADO DE TAMAÑO PROGRESIVAMENTE, GENERA DOLOR MODERADO-INTENSO EL CUAL SE IRRADIA A REGION LUMBAR Y OCASIONALMENTE SE ACOMPAÑA DE CEFALÉAS . ACTUALMENTE REFIERE QUE DOLOR INTERFIERE CON ACTIVIDADES DE DIA A DIA- AL EXAMEN FISICO DESTACA PRESENCIA DE TUMORACION A NIVEL SUPRAPUBICO, LISA , DURA Y DOLOROSA A LA PALPACION, DE APROX 3.5 CM DE DIAMETRO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DESTACA PRESENCIA DE TUMORACION A NIVEL SUPRAPUBICO, LISA , DURA Y DOLOROSA A LA PALPACION, DE APROX 3.5 CM DE DIAMETRO. (PACIENTE AL MOMENTO REFIERE NO TENER MEDOS ECONOMICOS PARA REALIZARSE ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA INTRAABDOMINAL Y PELVICA	R190		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-15	18:55	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-02-15	18:55	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

