

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1338	CENTRO DE SALUD RESBALON	A	1313853531		1313853531							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
CARREÑO		GILER		MARJORIE		ALEXANDRA	M	10/10/91	33	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN							
961243634		MSP		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA			7. Insuficiencia de profesionales.							
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE			8. Inadecuada capacidad resolutive							
				3. Falta de equipamiento.			9. Ausencia de la prestación en la		X					
				4. Equipos en mal estado.			cartera de servicios							
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES MASA EN PARTER POSTERIOR DE CUELLO EMPEZANDO COMO CON GRANITO Y LE HA IDO CRECIENDO ESTANDO ACTUALMENTE DE MAS O MENOS 1 CM ACTUALMENTE EL CUAL LE CAUSA DOLOR, SE REALIZA ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DONDE SE OBSERVA: IMAGEN ECOGENICA NODULAR DE NATURALIZA QUISTICA DE FORMA ELIPTICA QUE MIDE 1.3 CM X 1.1 CM, PRESENTA CAPSULA FINA ECOGENICA BIEN DELIMITADA, CON REFUERZO ACUSTICO POSTERIO, A LA APLICACION DE DOPLLER COLOR NO PRESENTA FLUJO INTERNO , SE ENCUNETRA LOCALIZADA ENTRE 0.3 CM DE PROFUNDIDAD DESDE LA PIEL HASA LA HIPODERMIS. COMPATIBLE CON QUISTE SEBACEO REGION CERVICAL POSTERIOR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

N/R

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	QUISTE FOLICULAR DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	L729		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
07/08/25	09:20:00	KERLY		ZAMBRANO		CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1311854960							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA