

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	GILER	ROSSANA VERONICA	23	05	1990	35 años, 8 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314030543	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA PORTOVIEJO y	098-531-6611 / (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	1314030543	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	02	18
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

MASA SUBMANDIBULAR DERECHA PERSISTENTE DE 2 AÑOS

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 35 AÑOS SIN APP DE RELEVANCIA, NO REFIERE ALERGIAS. REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS NOTA PRESENCIA DE MASA EN BORDE MAXILAR INFERIOR DERECHO, DE CRECIMIENTO LENTO, MÓVIL A LA PALPACIÓN, CONSISTENCIA DURA, DE APROXIMADAMENTE 3 CM DE DIÁMETRO, NO DOLOROSA, SIN CAMBIOS DE COLORACIÓN CUTÁNEA, SIN SECRECIÓN, SIN AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL, SIN SÍNTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADOS Y SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL. PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: IMAGEN OVALADA HIPOECOGÉNICA, HETEROGÉNEA, CONSISTENCIA SÓLIDA, BORDES NO BIEN DEFINIDOS, AVASCULAR, MEDIANA A 15.9 X 22.4 MM, A 22.3 MM DE LA PIEL. TELF: 0985316611

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LINFADENITIS INESPECIFICA NO ESPECIFICADA	I889		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-18	08:28	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-02-18	08:28	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

