

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	BASURTO	ROSA FLOR	26	01	1996	29 años, 6 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314032812	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PLATANALES y	099-553-9567 / (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	1314032812	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	08	25
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

F 29A. APP: NR. APF: NR. APQX: 2 CESAREAS. AA: NR. AGO: G3C2A1. ACUDE POR REVISION DE ECO DE PARTES BLANDAS SOLICITADA EN CONSULTA ANTERIOR POR PRESENCIA DE MASA DOLOROSA EN ZONA PREAURICULAR, SOLIDA, INMOVIL, QUE HA IDO AUMENTADO DE TAMAÑO CON EL PASAR DEL TIEMPO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO (18/08/25) REPORTA: LESION LOCALIZADA EN TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO A 2MM POR DEBAJO DE ESTE EN ZONA PREAURICULAR IZQUIERDA. FORMA OVALADA DE APROX 1.94 CM X 1.3 CM X 1.88 CM. VOLUMEN 2.48. BORDES BIEN DELIMITADOS, SIN INFILTRACION. ECOGENICIDAD HETEROGENEA HIPOECOGENICA. REFUERZO ACUSTIVO POSTERIOR. CONTENIDO SOLIDO SIN CALCIFICACIONES INTERNAS. VASCULARIZACION CENTRAL. NO INFILTRA PLANOS MUSCULARES U OSEOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN LA CABEZA	R220		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	09:44	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-08-25	09:44	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	