

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		1246	CS TOSAGUA		C	1314174291		1314174291					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BALDERRAMA		VILLAPRADO		NATHALY		DAYANA	F	26/11/2024	20	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0969738576 - 0939037886		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X	8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				3. Falta de equipamiento.									
				4. Equipos en mal estado.									
				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		MEDICINA INTERNA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON AP DE SALUD APARENTE, APF: CANCER DE PIEL, DE MAMA, DE LENGUA (FAMILIARES MATERNOS). REFIERE VARIAS MASAS TUMORALES, UNA EN CUELLO DE +/- 1-2 AÑOS DE EVOLUCION, UBICADO EN REGION OCCIPITO TEMPORAL IZQUIERDO, EL CUAL PROVOCA DOLOR SOBRETODO EN LAS NOCHES, LO QUE LE IMPOSIBILITA EN OCASIONES DORMIR, OTRAS EN LOS BRAZOS, SOBRETO DE LADO IZQUIERDO EN NUMERO DE 2, POR TAL MOTIVO SE ENVIA A SU SERVICIO PARA DESCARTAR PATOLOGIAS MALIGNAS ("T").

MASA TUMORAL EN CUELLO DE +/- 3cm DE DIAMETRO, LOCALIZADO EN REGIO LATEROOCCPITAL IZQUIERDO, BLANDO, MOVIBLE LEVEMENTE EN PLANOS SUPERFICIAL. MASA TUMORAL DE +/- 3cm DE DIAMETROS LOCALIZADO EN BRAZOS, UNA A NIVEL DE +/- 2cm DE LOS CODOS Y OTRA EN REGION CUBITAL A 3cm DE LA MANO.

ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS: A NIVEL DEL SEGMENTO II a DEL CUELLO DEL LADO IZQUIERDO SE OBSERVA IMAGEN GANGLIONAR DE 4 x 9.5mm.. A NIVEL DEL BRAZO IZQUIERDO SE OBSERVA IMAGEN GANGLIONAR DE 4.1 x 9.6 mm.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	LINFADENITIS AGUDA DE CARA, CABEZA Y CUELLO	L040		X	4.				
2.	LINFADENITIS AGUDA DEL MIEMBRO SUPERIOR	L042		X	5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
08/09/2025	10.40 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	