

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	JONATHAN LEONARDO	15	03	2004	21 años, 4 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314475482	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y BELLAVISTA ALTA	099-553-1848 /
Ver instructivo	Describir Pais	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314475482	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	07	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 MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD APP: N.R. APQ: N.R. ALERGIA: N.R. ACUDE POR QUE HACE 8 MESES PRESENTÓ UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO DONDE PRESENTO UN HEMATOMA EN ZONA DE INGLE, MESES DESPUES EN ESA MISMA ZONA PRESENTÓ ABULTAMIENTO QUE DURANTE ESTE TIEMPO HA AUMENTO DE TAMAÑO, NO DUELE NI PRESENTA ERITEMA, LESIÓN EN ZONA INGUINAL DERECHA DE 8X5 CM CON CONTENIDO GRASO. ADEMAS PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DISPEPSIA, CEFALEA HOLOCRANEANA, RGE QUE EMPEORA CON INGESTA DE COMIDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESECCIÓN DE LIPOMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LIPOMATOSIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	E882		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-15	12:15	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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 clínico

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