

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MUÑOZ            | ZAMBRANO         | FERNANDA VALERIA | 28                  | 01  | 1999 | 25 años, 8 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315759868        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | LA BALSA y                   | 593 98 599 8123 /    |
| 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                 | 1315759868                               | 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 | 2024           | 10  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad    | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. FUM: 20/10/2024. AGO G2 P2 C0 A0 PAP: HACE 3 AÑOS RESULTADO NORMAL. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR TUMEFACCION EN CARA ZONA SUPERCILIAR DE 5 AÑOS DE EVOLUCION PROVOCADO POR GOLPE DE CABEZA DE SU HIJO. REFIERE QUE HA IDO INCREMENTADO DE TAMAÑO, HACE 1 AÑO FUE ASPIRADO EN CENTRO DE SALUD BOYACA, REFIERE HABER SALIDO LIQUIDO PURULENTO, FUE ENVIADA A CASA Y QUE REGRESE SI VUELVE A INFLAMARSE, 5 MESES DESPUES VUELVE A ASISTIR A CENTRO DE SALUD BOYACA Y REFIERE QUE A LA PUNCION NO SE EVIDENCIA LIQUIDO, SE ENUENTRA ESPERANDO ORDEN DE ECOGRAFIA. AL EXAMEN FISICO SE PALPA MASA DEPRESIBLE DE APROXIMADAMENTE 3 CM DE DIÁMETRO, INDOLORA, NO INFECCIOSA. SE REALIZA REFERENCIA A CIRUGIA GENERAL PARA POSTERIOR VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                 |
|---------------------------------|
| VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA |
|---------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE CABEZA, CARA Y CUELLO | D170   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-22 | 16:03 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-22 | 16:03 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |

