

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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                                   |  | 4443              | C.S. ROCAFUERTE          |               | B         | 1316077237                       |            | 1316077237        |                              |                                                         |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   |            | SEXO              | FECHA NACIMIENTO             | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              |  | MINAYA            |                          | DIOCLE        |           | MAURICIO                         |            | M                 | 20/04/1998                   | 26                                                      | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |           | X                                | DERIVACIÓN |                   |                              |                                                         |                         |   |   |   |
| 0997076299 - 0963833288               |  | MSP               |                          |               |           |                                  |            |                   | MOTIVO                       |                                                         |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          |               |           |                                  |            |                   | 1. Accesibilidad geográfica. |                                                         |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA     |           |                                  |            |                   |                              | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | ROCAFUERTE        |                          | ROCAFUERTE    |           |                                  |            |                   |                              | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          |               |           |                                  |            |                   |                              | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          |               |           |                                  |            |                   |                              | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          |               |           |                                  |            |                   |                              | X                                                       |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                                  |  |                  |  |                 |  |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD    |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA |  | CONSULTA EXTERNA |  | CIRUGIA GENERAL |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD ES REFIERE NO PRESENTAR APP NI APF CON APQX CIRUGIA DE MENISCO HOMBRO DERECHO HACE 6 MESES, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENICA DE MASA EN REGION DORSAL DE LA MANO IZQUIERDA SIN PRESENCIA DE DOLOR PARA LOCUAL MANIFIESTA NO HABER APLICADO NINGUNA MEDICACION, MASA COM LAS SIGUIETES CARACTERISTICAS: BORDES REGULARES (FORMA REDONDEADA) BIEN DELIMITADOS CON 3 MM DE DIAMEREO Y 0.5 MM DE ESPESOR BLANDA NO DOLOROSA, Y MOVIL AL TACTO SIN PRESENCIA PRESENCIADE ERITEMA O CALOR (COMPATIBLE CON QUISTE/LIPOMA) SV PA 136/83 - FC 88 - SAT 97% - T 36.5°C - P 84.4 KG - T 165 CM AL MOMENTO PACIENTE ESTABKLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS ACTIVO Y COLABORADOR AL INTERROGATORIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LAB 11/11/2024: HB 14,9 - HCTO 45,5 - PQT 196 - PCTO 0,21 - GLOB BLAN 7,60 - LINF 42,5 - NEUTROF 50,4 - MONO 5,0 - EOS 2,0 // UROANALISIS MACROSCOPICO AMARILLO LIG TURBIO PH 6,0 NORMAL Y NEG PARA EL RESTO DE PARAMETROS // MICROSCOP LEUCO 2-3 PIOCITOS 0-2 CEL EPIT + MOCO +++ BACT +

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE- PRESUNTIVO                                                      | DEF- DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | GANGLIÓN                                                             |                 | M674 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2. | TUMOR BENINGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS |                 | D172 | X   |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                                                                      |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 11/3/2025                             | 10:00        | MARILYN       |  | RODRIGUEZ       |  | FORTIS           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 131530944-1                           |              |               |  |                 |  |                  |  |

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS 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            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |