

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESMERALDAS	HERRERA	MERLINA MARILEY	23	01	2008	17 años, 6 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316199569	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y VARGAS PAZOS	093-903-3203 / (00)-000-0000
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	1316199569	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	20
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 DE 17 AÑOS QUE ACUDE A SU TERCER CONTROL POSTPARTO, ANTICONCEPCIÓN: IMPLANTE SUBDÉRMICO. POR PARTO A LAS 38 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. EXAMEN FÍSICO NORMAL. MAMAS CON ADECUADA SECRECIÓN DE LECHE, ABDOMEN NO DOLOROSO, SANGRADO ESCASO. NIEGA ALZA TÉRMICA U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A ENFERMEDAD. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA GANGLIO SINOIVAL EN MUÑECA IZQUIERDA, REFIERE DOLOR DE GRAN INTENSIDAD, LIMITA MOVILIDAS, REFIERE AUMENTO DE TAMAÑO EN ESTOS 3 ULTIMOS MESES POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A CIRUGIA GENERAL. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GANGLION	M674	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	09:19	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-08-20	09:19	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	