

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	RIVADENEIRA	DARA SALOME	18	08	2009	16 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	1316607009	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS ALMENDROS y N	096-881-7983 /
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	1316607009	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	05	12
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 ACUDE POR PRESENTAR LESIONES EN AXILAS DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION - HA SIDO TRATADA CON ANTIBIOTICO HACE ALGUN TIEMPO - TIENE SEGURO CAMPESINO HA SIDO VALORADA LE HAN SOLICITADO ECOGRAFIA AXILAR Y EXAMENES DE RUTINA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS ROJOS 4.3 - HEMOGLOBINA 12.5 - HEMOTOCRITO 36 - GLOBULOS BLANCOS 7.3 -- NEUTROFILOS 50 - LINFOCITOS 36 - MONOCITOS 8.7 - EOSINOFILOS 3.8 - BASOFILOS 0.3 GLUCOSA: GLUCOSA 90 - UREA 14,9 - CREATININA 0.5 - COLESTEROL 125 - TRIGLICERIDOS 67 -- ACIDO URICO 3.4 -- AST 18 -- ALT 11 - NITROGENO UREMICO 6,9 ULTRASONIDO: LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO EN REGIONES AXILARES BILATERALES EN RELACION A QUISTES DE INCLUSION EPIDERMIDEA - MAMAS EN TEJIDO TIPO C SEGUN ACR - BIRADS II

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	08:23	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Validar únicamente en FirmaBC.
Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA
MONTES

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
2026-05-12	08:23	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	