## 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 | 1114 | HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES | B | 1317035774 | |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ZAMBRANO | ZAMBRANO | MATEO | MIGUEL | H | 05/08/2012 | 13 | | x | | |

0991612250

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

| PROVINCIA | CANTÓN | PARROQUIA |
|---|---|---|
| MANABI | ROCAFUERTE | PAJA COLORADA |

REFERENCIA [ ] DERIVACIÓN [X]

MOTIVO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Accesibilidad geográfica. | | 6. Problemas de abastecimiento. | |
| 2. Falta de espacio físico. | | 7. Insuficiencia de profesionales. | |
| 3. Falta de equipamiento. | X | 8. Inadecuada capacidad resolutiva | X |
| 4. Equipos en mal estado. | | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | X |
| 5. Problemas de infraestructura. | | | |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO | ESPECIALIDAD |
|---|---|---|---|
| MSP | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CONSULTA EXTERNA | CIRUGIA GENERAL |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

**APP: NO REFIERE**
**APF: NO REFIERE**
**APQ: NO REFIERE**
**ALERGIAS: NO REFIERE**
**CUADRO CLÍNICO: PACIENTE DE 13 AÑOS QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CON PRESENCIA DE MASA A NIVEL FRONTAL DERECHA, AL EXAMEN FISICO SUGESTIVO A LIPOMA**

## 6

BLANCOS: 7.83 NEUTROFILOS 53.8 PLAQUETAS 233 HEMOGLOBINA 19.8

## E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

| | | CIE | PRE | DEF | | | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE CABEZA, CARA Y CUELLO | D170 | | X | 4. | | | | |
| 2. | | | | | 5. | | | | |
| 3. | | | | | 6. | | | | |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|---|
| .2025/09/12 | 11:50 | ELEANA | VASQUEZ | SOLORZANO |

| CEDULA | FIRMA | SELLO |
|---|---|---|
| 1310630817 | Firmado electrónicamente por: FANNY ELEANA VASQUEZ SOLORZANO Validar únicamente con FirmaEC | |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | | NO | | | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONTRAREFERENCIA [x] 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| MSP | 1411 | HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES | | | |

## 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 |
|---|---|---|
| | | |