

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MAZAMBA	MARIA ALEXANDRA	12	11	2009	16 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317096723	MANABI	CHONE	RICAU RTE	SAN AGUSTIN y SIN NOMBRE	000-000-0000 /
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	1317096723	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	02	04
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 FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD SIN DATOS RELEVANTES ACUDE A CONSULTA MEDICA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE MASA A NIVEL ZONA LATERAL DE PIERNA DE APROXIMADAMENTE 2 CM DE DIAMETRO QUE HA IDO CRECIENDO CON EL PASAR DEL TIEMPO, PACIENTE REFIERE DOLOR Y MOLESTIAS AL REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS Y FISICAS, NIEGA ALZA TERMICAS U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS . A MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE TUMORACION DE APROXIMADAMENTE 2 CM DE DIAMETRO UBICADA EN CARA LATERAL DE PIERNA IZQUIERDA, SEMIMOVIL A LA PALPACION, CON LEVE DOLOR A LA MOVILIDAD BORDES BIEN DEFINIDOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS		D172	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-04	13:30	Medicina Rural	JOSE DAVID RIVERA LINO	1313828921	

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
2026-02-04	13:30	Medicina Rural	JOSE DAVID RIVERA LINO	1313828921	