

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUAMAN	ZAMBRANO	JOSTIN ANDRES	01	03	2008	16 años, 9 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317676490	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SN y	099-560-3741 /
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	1317676490	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	Cirugía Ortopédica Y Traumatología		2024	12	31
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 ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE SU ABUELA PARA REALIZAR CONTROL MEDICO GENERAL, AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE TUMEFACCION DE AMBAS PIERNAS EN REGION PROXIMAL DEL PERONE. EXAMEN FÍSICO: PIEL: PRESENTA LESIONES DERMICAS MACULARES REDONDEADAS DEFINIDAS HIPOCROMICAS EN LA ESPALDA. CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS, TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS. NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO PRESENTA TIRAJE INTERCOSTAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, GENITALES: NORMALES CONSERVADOS, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MASCULINO CON TUMEFACCIÓN EN AMBAS PIERNAS EN REGION PROXIMAL DEL PERONE DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, PRESENTA DOLOR A ALA ACTIVIDAD FISICA, NO HAY SIGNOS DE INFLAMACIÓN.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE OSEO SOLITARIO	M854	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-31	10:25	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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