

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	SALAZAR	AARON GEOVANNY	05	06	2000	25 años, 9 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350817167	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	TACOLE y	098-456-4784 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1350817167	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	03	23
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	☐	LIPOMA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR BULTO A NIVEL DE TORAX IZQUIERDO PRESENCIA DE BULTO SUAVE NO INDURADO, EN REGION COSTAL NO ERITEMATOSA, LEVEMENTE DOLOROSA, NO INDICA CAMBIO DE COLOR O TEMPERATURA , NO SALIDA DE PUS, MENCIONA AUMENTO DE TAMAÑO EN LOS ULTIMOS MESES , AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO REACTIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TORAX SIN ALTERACIONES, SE EVIDENCIA A NIVEL DE TEJIDO GRASO IMAGEN HIPOECOGENICA DE FORMA OVAL DE BORDES REGULARES 4.15* 2.4 CM, DOPPLERO NO SE EVIDENCIA FLUJO VASCULAR, RELACION CON LIPOMA, UBICADA 5 MM DEBAJO DE PIEL --- TLF 0985093950

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DEL TRONCO	D171		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-23	09:44	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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 clínico

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
2026-03-23	09:44	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	