

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BONILLA	BONILLA	LUCIA MAGDALENA	26	07	2013	12 años, 9 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350947006	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	SD y	098-298-0278 /
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	1350947006	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	04	29
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

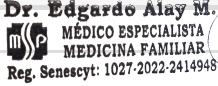
PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA EN MANO IZQUIERDA MASA PAPABLE QUE EN ECOGRAFIA REPORTA IMAGEN DE ASPESTO QUISTICO HIPOCOICO LOCALZIADA EN EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE LA CARA DORSAL DE LA MANO IZQUIERDA .. PRESENTA UNA FORMA OVOIDEA, CON BORDES BIEN DEFINIDOS Y UNA PARED DELGADO CONTENIDO PREDONIMANTE ANECOICOI APROXIMADAMENTE DE 1.95CM X 1.527CN X 0.77 CM DENTRO DE LA LESION LO CUAL REFUERZA SU NATURALEZA QUISTICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA REPORTA IMAGEN DE ASPESTO QUISTICO HIPOCOICO LOCALZIADA EN EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE LA CARA DORSAL DE LA MANO IZQUIERDA .. PRESENTA UNA FORMA OVOIDEA, CON BORDES BIEN DEFINIDOS Y UNA PARED DELGADO CONTENIDO PREDONIMANTE ANECOICOI APROXIMADAMENTE DE 1.95CM X 1.527CN X 0.77 CM DENTRO DE LA LESION LO CUAL REFUERZA SU NATURALEZA QUISTICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	14:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	 Dr. Edgardo Alay M. MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948

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
2026-04-29	14:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	

