

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	FRANCO	AHINARA TATIANA	02	10	2010	15 años, 9 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351264567	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA A MANTA y SD	098-974-8510 /
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	1351264567	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	07	22
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 15 AÑOS 9 MESES DE EDAD APP: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APF: NO REFIERE. ACUDE AL AREA DE CONSULTA EXTERNA POR REVISIÓN DE ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS DE REGION CIGOMÁTICA IZQUIERDA , LA CUAL REPORTA PRESENCIA DE UN QUISTE EPIDERMICO (DIAMETRO TRANSVERSAL 1.38 CM, LOGITUDINAL 1.50 CM, DIAMETRO ANTEROPOSTERIO 1.11 CM) EN EL PÓMULO IZQUIERDO, SIN SIGNOS DE COMPLICACIÓN. A LA INSPECCIÓN SE OBSERVA UNA PEQUEÑA MASA EN REGIÓN CIGOMÁTICA IZQUIERDA DE MENOS DE 2 CM DE DIAMETRO, A LA PALPACIÓN MÓVIL, NO DOLOROSO. EN REGIÓN DE ANTEBRAZO TAMBIÉN SE PALPA MASA DE MÁS DE 2 CM DE DIAMETRO, NO DOLOROSA... SE TRAMITA REFERENCIA A CIRUGIA GENERAL PARA VALORACION Y RESOLUCION QUIRURGICA BAJO CRITERIOS DE 2DO NIVEL DE ATENCION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: PRESENCIA DE UN QUISTE EPIDERMICO (DIAMETRO TRANSVERSAL 1.38 CM, LOGITUDINAL 1.50 CM, DIAMETRO ANTEROPOSTERIO 1.11 CM) EN EL PÓMULO IZQUIERDO, SIN SIGNOS DE COMPLICACIÓN.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	10:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	10:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	