

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAVICENCIO	DEL VALLE	SAMUEL ROLANDO	14	12	2005	19 años, 6 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351288566	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN FELIPE y	098-547-4649 /
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	1351288566	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	07	11
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 19 AÑOS DE EDAD CON APP: LINFOMA DX HACE 2 AÑOS , APQ: DISECCIÓN CERVICAL HACE 1 AÑO, ACUDE POR CONTROL DEBIDO A QUE PRESENTA MASAS EN REGIÓN CERVICAL DEL LADO IZQUIERDO, ES DOLOROSA + MÓVIL. ACUDE CON CONTROL DE ECOGRAFÍA Y SE ENVÍA A CIRUGÍA GENERAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TIROIDES SIMÉTRICA, HOMÓGENEA, LOBULO DERECHO 39 MM X 12 MM, FLUJO NORMAL, SIN LESIÓN OCUPATIVA. LOBULO IZQUIERDO 39 X 1MM, PRESENCIA DE QUISTE SIMPLE 6.7 MM X 5.7 MM. EN REGION CERVICAL LATERAL IZQUIERDA 56 MM X 30 MM, ENCAPSULADO DOPPLER DIFUSO, ETIOLOGIA A DETERMINAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL CUELLO	R221		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-11	10:34	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-07-11	10:34	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	