

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	URETA	MARIA SOLEDAD	10	07	2001	23 años, 7 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351340623	MANABI	CHONE	CANUTO	SAN PABLO DE TARUGO y	099-880-9785 /
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	1351340623	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2025	02	17
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 23 AÑOS 7 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENCIA DE MASA OVOIDEA DE BORDES REGULARES EN TORAX POSTERIOR, TRAE ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS QUE REFIERE: A NIVEL DE TCS PRESENCIA DE IMAGEN HIPOECOGENICA DE FORMA OVAL DE BORDES REGULARES DE MEDIDAS 2.76 CM X 1.44 CM AL MAPEO DOPPLER NO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE FLUJO VASCULAR EN RELACION CON EL LIPOMA, ACTIVA ELECTIVA COCIENTE CONGRUENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, A FEBRIL A LA CONSULTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: MASA OVOIDEA DE BORDES REGULARES EN TORAX POSTERIOR, TRAE ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS QUE REFIERE: A NIVEL DE TCS PRESENCIA DE IMAGEN HIPOECOGENICA DE FORMA OVAL DE BORDES REGULARES DE MEDIDAS 2.76 CM X 1.44 CM AL MAPEO DOPPLER NO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE FLUJO VASCULAR EN RELACION CON EL LIPOMA,

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
2025-02-17	11:23	Medicina General	MARICELA LORENA GARCIA PERERO	1307473551	

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
2025-02-17	11:23	Medicina General	MARICELA LORENA GARCIA PERERO	1307473551	

