

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	PICO	JORGY CALET	31	01	2011	14 años, 11 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351381601	MANABI	CHONE	SANTA RITA	COTOPAXI y MALECON	098-950-1209 /
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	1351381601	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	01	21
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

MASculino DE 14 ANOS ACUDE EN COMPANIA DE SU MAMA A CONSULTA, EL MOTIVO ES QUE PRESENTA UN NODULO EN LA PARTE DEL OCCIPITAL, PACIENTE REFIERE QUE EN LOS ULTIMOS MESES HA IDO EN AUMENTO DE TAMAÑO Y REFIERE EPISODIOS DE CEFALEA, AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO EL NODULO ES MOVIL, DE APARIENCIA REDONDEADA SOLIDA, CAUSA DOLOR A LA PALPACION, EL RESTO DEL EXAMEN FISICO NORMAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MASculino DE 14 ANOS ACUDE EN COMPANIA DE SU MAMA A CONSULTA, EL MOTIVO ES QUE PRESENTA UN NODULO EN LA PARTE DEL OCCIPITAL, PACIENTE REFIERE QUE EN LOS ULTIMOS MESES HA IDO EN AUMENTO DE TAMAÑO Y REFIERE EPISODIOS DE CEFALEA, AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO EL NODULO ES MOVIL, DE APARIENCIA REDONDEADA SOLIDA, CAUSA DOLOR A LA PALPACION, EL RESTO DEL EXAMEN FISICO NORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LINFADENITIS AGUDA DE CARA, CABEZA Y CUELLO	L040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-21	13:46	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2026-01-21	13:46	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

