

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		4443	C.S. ROCAFUERTE		B	1351465107		1351465107						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		LOOR		LUISANA		ELIZABETH		F	28/01/2003	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0980538273 - 0986238248		MSP												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE												

1. Accesibilidad geográfica.
2. Falta de espacio físico.
3. Falta de equipamiento.
4. Equipos en mal estado.
5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.
7. Insuficiencia de profesionales.
8. Inadecuada capacidad resolutive
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DÁVILA CÓRDOVA		CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA GENERAL	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD NO REFIERE APP ACUDE POR PRESENTAR MASA O TUMORACIÓN EN MANO IZQ DE APROX 5.5 DIAMETRO POR 2 MM DE GROSOR DE MAS DE 3 MESES DE EVOLICION. AL EXAMEN FISICO BORDES REGULARES MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL ACTIVA ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS SV PA 132/62 FC 92 SAT 98% P 52,3 KG T 148,8 CM SE REALIZA REFERENCIA PARA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL POR INADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXÁMENES SOLICITADOS, EN ESPERA DE RESULTADOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	GANGLIÓN		M674	X		4.			
2.	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO DE DE MIEMBROS SUPERIORES		D172	X		5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
5/3/2025	9:30	MARILYN		RODRIGUEZ		FORTIS	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
131530944-1				Dra. Marilyn F. Rodríguez MÉDICA GENERAL C.I.: 131530944-1 Reg. Seracsyf: 1009-2024-2522594			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		NO	
------------------------	--	----	--	----	--	------------------------	--	----	--	----	--

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			