

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CEDEÑO	KARLA GEOVANNA	18	12	2015	10 años, 3 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352264939	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	CHACRAS AFUERA y	099-326-8114 /
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	1352264939	RESBALON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	04	01
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

ADOLESCENTE DE 10 AÑOS DE EDAD ACUDE CON FAMILIAR POR PRESENTAR HACE MAS DE UN AÑO MASA MOVIL DE MAS O MENOS 1 CM EN MANO DERECHA, LA CUAL EN OCASIONES LE HA CAUSADO MOLESTIA CON LEVE DOLOR, AUMENTANDOLE CON EL TIEMPO, NOTANDO CAMBIOS EN SU TAMAÑO CON LA ACTIVIDAD EN LA MANO POR LO QUE SE REALIZA ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DETERMINANDO GANGLIONES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TCS CON PRESENCIA DE 2 IMAGENES ANECOICAS, SUBESTIVAS DE GANGLIONES A NIVEL DE LA ARTICULACION RADIOCUBITAL, MIDE 13 X 7X 13 MM VOLUMEN DE 0.6 CC Y EL OTRO MIDE 16 X 7 X 16 MM VOLUMEN DE 1.0 CC. PLANOS MUSCULARES CONSERVADA, INTEGRAL. CONCLUSION: GANGLIONES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GANGLION	M674		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-01	11:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	KERLY IVONNE ZAMBRANO CEDEÑO	1311854960	

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
2026-04-01	11:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	KERLY IVONNE ZAMBRANO CEDEÑO	1311854960	