

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	KEMELY JULIANA	01	05	2017	8 años, 9 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352589715	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE y RICAURTE	099-021-1287 / (00)-000-0000
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	1352589715	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	02	09
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 FEMENINA DE 8 AÑOS ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LA APARICIÓN DE MASA EN PÁRPADO DERECHO NO MÓVIL, NO DOLOROSO, QUE NO GENERA EDEMA, NO INTERFIERE EN LA AGUDEZA VISUAL, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA DEFINICIÓN DE TRATAMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA BÁSICA DE PARTES BLANDAS: AL RASTREO DEL OJO EN PÁRPADO SUPERIOR SE APRECIA LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO HIPOECOICA, A NIVEL DE DERMIS, SE REALIZA ECODOPPLER VASCULAR DONDE NO SE APRECIA CAPTACIÓN, SE REALIZA MEDICIÓN LA CUAL ARROJA: LONGITUDINAL 0.54 CM TRANSVERSAL 0.75 CM. ANTEROPOSTERIOR 0.42 CM. PROFUNDIDAD 0.05 CM A CONSIDERAR LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO EN PÁRPADO SUPERIOR DE OJO DERECHO, CONSIDERAR QUISTE EPIDÉRMICO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-09	15:19	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-02-09	15:19	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	