

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	NAVARRETE	CRISTHIAN NORIEL	14	06	2018	8 años, 1 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352892374	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA SAN JOSE y	098-097-8766 /
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	1352892374	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2026	07	22
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 MASCULINO DE 8 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR Y BULTO EN ZONA INGUINAL IZQUIEDA ACOMPAÑADO DE MOLESTIA AL CORRER. NIEGA ALZA TERMICA. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: MUSLO IZQUIERDO TERCIO SUPERIOR CARA ANTERIOR PARTES BLANDA PRESENCIA DE NODULO SUBCUTANEO DE 39 MM POR 8 MM DE CONTORNO REGULAR ENCAPSULADO HETEROGENEO FORMA OVOIDE CON AREA CENTRAL ECOGENICA Y AREA PERIFERICA HIPOECHOICA DE TIPO REACTIVO DE ETIOLOGIA A DETERMINAR REGION INGUINAL IZQUIERDA PARTES BLANDA PRESENCIA DE NODULOS SUB CUTANEO DE 19 MM POR 6 MM DE 12 MM POR 6MM DE 7MM POR 2 MM DE CONTORNO REGULAR ENCAPSULADO FORMA OVOIDE HETEROGENEO CON AREA CENTRAL ECOGENICA Y AREA PERIFERICA HIPOECHOICA ALMAPEO DOPPLER PRESENCIA DE FLUJO CENTRAL Y A NIVEL HILIAR CUADRO QUE CORRESPONOE A GANGLIOS HIPERTROFICO DE TIPO REACTIVO DE ETIOLOGIA A DETERMINAR REGION INGUINALDERECHO PRESENCIA DE GALGLIOS HIPERTROFICO DE TIPO REACTIVO DE 8.4 MM POR 25 MM DE 7MM POR 2 MM DE ETIOLOGIA A DETERMINAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ADENOMEGALIA LOCALIZADA	R590		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	11:20	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-07-22	11:20	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

