

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GALARZA	ARAGUNDY	DANY LUCAH	05	12	2018	7 años, 5 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353020751	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO LIMÓN 1 y	095-896-3858 /
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	1353020751	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	Dermatología	2026	05	15
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 CON ANTECEDENTES DE PRESENTAR PEQUEÑA MASA A NIVEL DE LA NUCA DESDE HACE VARIOS MESES POR LO QUE SE LE REALIZA RASTREO CON ULTRASONIDO DONDE SE DETERMINAR LA PRESENCIA DE QUISTE DE ETIOLOGÍA NO ESPECIFICADA POR LO QUE EL FAMILIAR SOLICITA REFERENCIA PARA ESTUDIO Y MANEJO DE ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO DE PARTES BLANDAS: LESIÓN OCUPANTE EN EL DORSO DEL HEMI CUELLO IZQUIERDO EN RELACIÓN A QUISTE DE INCLUSIÓN EPIDERMÓIDEA VS QUISTE SEBACEO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-15	13:30	Medicina General	JUAN XAVIER ARTEAGA HOPPE	1306253079	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JUAN XAVIER ARTEAGA HOPPE

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
2026-05-15	13:30	Medicina General	JUAN XAVIER ARTEAGA HOPPE	1306253079	