

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	BASURTO	HANNA DAYELKIS	07	04	2022	4 años, 0 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353854126	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	SD y SD	096-797-5685 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353854126	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	16
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 1 AÑO 9 MESES QUE ACUDE CON SU MADRE, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ALERGIA: NIEGA. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE CRECIMIENTO. AL MOMENTO ALERTA, ESTABLE, AFEBRIL. BUEN PESO Y TALLA PARA LA EDAD, PERÍMETRO CEFÁLICO ADECUADO. LACTANCIA MATERNA Y DIETA COMPLEMENTARIA BIEN TOLERADA. DESARROLLO PSICOMOTOR ACORDE A LA EDAD. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES COMPLETO. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA EN HIPOCONDRIO DERECHO LESIÓN TIPO MASA SUBCUTÁNEA DE APROXIMADAMENTE 4-5 CM, DE COLORACIÓN VIOLÁCEA, BORDES MAL DEFINIDOS, NO ULCERADA, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN, DE CONSISTENCIA BLANDA, CON APARENTE COMPONENTE PROFUNDO. MADRE REFIERE QUE LA LESIÓN APARECIÓ DESDE LOS 15 DÍAS DE NACIDA, CON CRECIMIENTO PROGRESIVO. ASOCIA AUMENTO DE VOLUMEN DE LA REGIÓN MAMARIA DERECHA (MISMO LADO). REFIERE QUE SE ENCONTRABA EN CONTROL CON ESPECIALISTA EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, CON DIAGNÓSTICO DE HEMANGIOMA, TENIENDO PROGRAMADA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA, SIN EMBARGO, ABANDONÓ CONTROLES. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, CONTINUIDAD DE ESTUDIO Y MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO REFIERE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO	D180	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-16	08:40	Medicina Rural	LUIZA MARIA MENDOZA ALCIVAR	1315226454	

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
2026-04-16	08:40	Medicina Rural	LUIZA MARIA MENDOZA ALCIVAR	1315226454	

