

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUNKI	NANTIP	ERICK JONATHAN	18	09	2010	15 años, 1 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2250195738	MANABI	TOSAGUA	BACHILLERO	CALLE PRIMERO DE MAYO y	099-189-4581 / (98)-183-1230
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	2250195738	BACHILLERO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	11	10
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 CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 40%, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR MASA EN REGION INTERNA EN PIERNA IZQUIERDA DE MAS O MENOS 1 MES DE EVOLUCION. MANIFIESTA QUE FUE PRODUCTO DE TRAUMA DIRECTO (PATAZO DE COMPAÑERO).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO MASA PALPABLE CON ORIFICIO ABIERTO SIN SEÑALES DE INFECCION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA	S819		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	14:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	

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 clínico

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
2025-11-10	14:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	