

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JURADO	CHAVARRIA	OTITA YAQUELINE	15	11	1979	44 años, 11 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310408750	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA 9 DE OCTUBRE y	098-195-9686 / (99)-999-9999
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	1310408750	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2024	10	29
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 44 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMORTANCIA DE DISCAPACIDAD FISICA DEL 45%. APF: MADRE HIPERTENSA. APQX: COLECISTECTOMIA (HACE 4 AÑOS). ALERGIA: AINES. G3A1C2. FUM: 10/10/24. AL MOMENTO REFIERE CUADRO CLINICO D2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LESION EPIDERMIOIDE CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: DIAEMTRO DE 1-2 CM, HIPERPIGMENTADA, EN FORMA DE APENDICE, UBICADA EN LA CARA ANTERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO. QUE APARENTA ACROCORDON. PACIENTE MENCIONA CRECIMIENTO PROGRESIVO DE LA LESION. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESION DE CRECIMIENTO PROGRESIVO. SE NECESITA VALORACION POR DERMATOLOGIA. DOMICILIO 9 DE OCTUBRE. CONTACTO 0981959686

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS HIPERTROFICOS DE LA PIEL	L918	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-29	16:34	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2024-10-29	16:34	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	