



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                          |                                  |           |                                                         |  |      |                   |      |                         |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|--|------|-------------------|------|-------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                        |  |      | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                         |
| MSP                                                         |  | 001414           | San Antonio              |                                  | CS-A      | 1304732041                                              |  |      |                   |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Coox                                                        |  | Macias           |                          | Lidia                            |           | Monsertrate                                             |  | M    | 12-06-1966        | 59   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                          |                                  |           |                                                         |  |      |                   |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                                              |  |      |                   |      |                         |
| 094-636-3464 /                                              |  |                  |                          | X                                |           |                                                         |  |      |                   |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |      |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |      |                   |      |                         |
| PROVINCIA                                                   |  |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  | X    |                   |      |                         |
| CANTÓN                                                      |  |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |      |                   |      |                         |
| PARROQUIA                                                   |  |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                                         |  |      |                   |      |                         |
| 13                                                          |  |                  |                          | 1303                             |           | 130350                                                  |  |      |                   |      |                         |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                                          |  |                  |  |              |  |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                                                     |  | Hospital General Napoleon Davila Cordova |  | Consulta Externa |  | Dermatologia |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS DE EDAD APP: HTA- APQ: OJO IZQUIERDO- ALERGIAS: NO REFIERE- ACUDE A CONS ULTA PARAREVISION DE LESION NEVIFORMICA LUNAR LOCALIZADA EN LA CARA (FRENTE). REFIERE PRESENCIA DE LA LESION DESDE HACEVARIOS MESES- PERMANECIENDO APARENTEMENTE ESTABLE- ACUDE POR INICITAIVA PROPIA SOLICITANDO VALORACIONESPECIALIZADA POR DERMATOLOGIA PARA ESTUDIO PREVENTIVO Y DESPISTAJE DE LESIONES PREMALIGNAS- DADO S U FOTOTIPO DEPIEL ANTECEDENTES DE MADRE CON CANCER DE PIEL. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA- REACTIVA- ESTABLE. 0988967766 |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| EN ESPERA                                                         |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                        | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Nevo Melanocitico De Otras Partes Y De Las No Especificadas De La Cara |                                    | D223 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                                        |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                                        |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-04-02                            | 11:20        | Esther        |  | Zambrano        | Macias           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1311821787                            |              |               |  |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |  |    |    |                        |  |  |    |    |
|---------------------------------------------|--|--|----|----|------------------------|--|--|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |  | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  | SI | NO |

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |  |
|                                                                                |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |  |                          |  |          |  |                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------|--|--------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO |  | FECHA (aaaa-mm-dd) |  |
|                                                                                       |  |                          |  |          |  |                    |  |

|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
|  |  |  | // |
|--|--|--|----|

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |
|--|
|  |
|--|

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     |     | 4. |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     |     | 5. |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     |     | 6. |  |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

|  |
|--|
|  |
|--|

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |