

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
URETA	CAGUA	SANTA ISABEL	30	08	1954	70 años, 3 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0911678696	MANABI	CHONE	SANTA RITA	COOP PST MZ 26 SL 6 y	093-894-6598 / (00)-000-0000
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	0911678696	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	11	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 70 AÑOS DE EDAD. APP DM2 INSULINA NPH HACE 23 AÑOS MAS METFORMINA 500MG Y HTA LOSARTAN 100MG HACE 2 AÑOS MAS AMLODIPINO 10MG. ALERGIAS PENICILINA, APF NO REFIERE. PACIENTE REFIERE QUE NO DUERME HACE 3 MESES, USA UN SPRAY NATURAL PARA RELAJARSE Y DORMIR, REFIERE QUE SE LE RESECA LA BOCA Y LOS JOS HACE 2 AÑOS, NO TOMA MEDICACION PARA LA PRESION ARTERIAL HACE UN MES Y REFIERE NO BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL. ADEMAS REFIERE PRESENTAR UNA MALFORMACION HACE 20 AÑOS EN LA PIERNA IZQUIERD.A AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MALFORMACION TUMOROSA DE 5-8 CM DE BORDES IRREGULARES COLOR CAFE-DURAZNO, DIMAETRO 5CM, CONSISTENCIA BLANDA EN MUSLO IZQUIERDO. EN LA MEDICION DE SIGNOS VITALES SE CONFIRMA PRESION ARTERIAL 160/90 HIPERTENSION ARTERIAL EVIDENTE, SE ENTREGA MEDICACION LOSARTAN 100MG, SE ENTREGA CARTILLA DE PRESION ARTERIAL PARA MEDICION DE PA POR UNA SEMANA DOS VECES AL DIA CONTROL. SE HACE REFERENCIA PARA DERMATOLOGIA POR TUMORACION, SE INDICA CITRATO DE MAGNESIO UNA TABLETA DIARIA POR 30 DIAS. SE INDICA MEDICION DE GLUCOSA CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

tumoracion de piel de muslo izquierdo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	D239	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-27	00:20	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2024-11-27	00:20	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

