

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	SOLORZANO	COLOMBIA HIPOLITA	03	02	1937	88 años, 0 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300625801	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	098-551-3666 /
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	1300625801	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	02	11
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

MUJER DE 88 AÑOS CON APP DE DEMENCIA SENIL, TRASTORNO DEL SUEÑO, APQ CISTOCELE PERO CON PERSISTENCIA DE DESCENSO, EXERESIS DE LIPOMA EN CARA HACE 15 AÑOS ALERGIA NIEGA, ACUDE EN COMPAÑIA DE HIJO EL CUAL REFIERE CUADRO DE 18 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MASA DE TEXTURA BLANDA PROMINENTE EN HEMICARA DERECHA DE TAMAÑO APROXIMADAMENTE 5CM DE DIAMETRO DE BORDE IRREGULARES, NIEGA DOLOR A LA PALPACION TAMBIEN SE APRECIA MASA DE TEXTURA SOLIDA FORMA REDONDA PROMINENTE EN SURCO NARINGEO IZQUIERDO DE TAMAÑO DE 3CM APROXIMADAMENTE ACOMPAÑADO DE PRURITO Y DOLOR A LA PALPACION LLAMA TAMBIEN LA ATENCION ECTROPION DE PARPADO INFERIOR IZQUIERDO SIN CAUSA ESPECIFICA REFIERE FAMILIAR APLICAR EN ZONA AFECTADAS CREMA DE ORIGEN NATRUAL Y EN PARPADO GOTAS OFTALMICAS LUBRICANTES, AL MOMENTO DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NO COLABORA CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	D043	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	15:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-02-11	15:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

