

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| FERRIN           | MONTESDEOCA      | MAURO ENRIQUE | 09                  | 05  | 1929 | 97 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        | 1300678198        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | BOCA DE MOREIRA y BOCA DE MOREIRA | 097-962-8610 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria      | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1300678198      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología |  | 2026  | 07  | 03  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ADULTO MAYOR QUE PRESENTA LESION EN MENTON DE COLORACION ROJIZA DE BORDES ELEVADOS DE APROXIMADAMENTE 1 CM DE DIAMETRO DE VARIOS MESES DE DURACION , NO PRESENTA SOLUCION DE CONTINUIDAD - EN OCASIONES ES PRURIGINOSA Y DOLOROSA- SANGRA EN OCASIONES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ADULTO MAYOR QUE PRESENTA LESION EN MENTON DE COLORACION ROJIZA DE BORDES ELEVADOS DE APROXIMADAMENTE 1 CM DE DIAMETRO DE VARIOS MESES DE DURACION , NO PRESENTA SOLUCION DE CONTINUIDAD - EN OCASIONES ES PRURIGINOSA Y DOLOROSA- SANGRA EN OCASIONES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA | C443   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2026-07-03 | 21:17 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |

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