

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MINAYA	GOROZAL	MARIANA DE JESUS	25	09	1945	80 años, 2 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301561914	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BOLIVAR y ENTRE MERCEDES Y 7 DE AGOSTO	099-274-5043 / (05)-269-5692
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	1301561914	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	12	02
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 ☐	LESIÓN PIGMENTADA LOCALIZADA EN MAMA, DE BORDES IRREGULARES, CONTORNO ASIMÉTRICO Y COLORACIÓN HETEROGÉNEA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 80 AÑOS DE EDAD. DURANTE EL EXAMEN FÍSICO SE IDENTIFICA LESIÓN PIGMENTADA LOCALIZADA EN MAMA, DE BORDES IRREGULARES, CONTORNO ASIMÉTRICO Y COLORACIÓN HETEROGÉNEA. LA PACIENTE REFIERE CAMBIO PROGRESIVO EN SU FORMA Y AUMENTO DE TAMAÑO EN LOS ÚLTIMOS MESES. POR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE RIESGO (ASIMETRÍA, BORDES IRREGULARES, VARIACIÓN DE COLOR Y MODIFICACIÓN RECIENTE), SE REQUIERE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA POR DERMATOLOGÍA PARA DESCARTAR LESIÓN MELANOCÍTICA ATÍPICA. CELULAR: 0992745043

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA PIEL	D485	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-02	10:59	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-12-02	10:59	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	