

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CARVACHE	ANGEL ANTONIO	10	09	1955	70 años, 2 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303201196	MANABI	CHONE	CONVENTO	LOS ESTERONES y	098-380-6037 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1303201196	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	12	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTO MAYOR MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA ACUDE A ESTA CASA DE SALUR POR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESION MACULAR EN ROSTRO LA CUAL HA IDO AUMENTADO EN LOS ULTIMOS MESES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL. CON TENSION ARTERIAL ELEVADA. A LA VALORACIÓN PRESENCIA DE MACULA PAPULAR? HIPERPIGMENTADA, QUE EN LOS ULTIMOS MESES HA AUMENTADO DE TAMAÑO Y HA APARECIDO PEQUEÑAS AMPOLLAS PERILESIONAL. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN Y MANEJO POR DERMATOLOGIA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA AL HNDC.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LABORATORIOS SOLICITADOS.

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
2025-12-04	12:54	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

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