

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	GARCIA	EULALIA DEL ROSARIO	16	04	1961	63 años, 5 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303650970	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROGA y	099-008-8801 /
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	1303650970	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	10	08
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

MUJER 63 AÑOS HTA EN TRATAMIENTO CON CUADRO CLINICO DESDE HACE MAS O MENOS 5 AÑOS DE EVOLUCION PRESENTANDO LESION DERMICA EN REGION IZQUIERDA DE PUNTA DE LA NARIZ Y EN REGION MALAR DERECHA REALIZANDO RESECCION TOTAL HACE MAS O MENOS 2 AÑOS PRESENTANDO RESOLUCION DE SU LESION, REFIERE QUE HACE 5 MESES PRESENTO REAPARICION DE LESION EN PUNTA DE NARIZ DE BORDES IRREGULARES DE TAMAÑO APROX DE 6MM DE COLOR MARRON, DE ASPECTO RUGOS O MAL DEFINIDO NO DOLOROSA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MELANOMA IN SITU DE OTROS SITIOS	D038		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-08	13:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2024-10-08	13:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	