

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ZAMBRANO	EDRITO BIENVENIDO	13	01	1963	62 años, 7 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304325788	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUELK DEE JESUS ALVAREZ y MERCEDES	099-400-4775 /
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	1304325788	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		2025	09	09
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

LESION EN PARPADO INFERIOR IZQUIERDO DESDE HACE ALGUNOS AÑOS DE COLORACION NEGRUZCA -LA CUAL HA IDO AUMENTANDO DE TAMAÑO Y RODEANDO DE COSTRA CON PERDIDA DE SUSTANCIA Y PRURITO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESION EN PARPADO INFERIOR IZQUIERDO DESDE HACE ALGUNOS AÑOS DE COLORACION NEGRUZCA -LA CUAL HA IDO AUMENTANDO DE TAMAÑO Y RODEANDO DE COSTRA CON PERDIDA DE SUSTANCIA Y PRURITO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL PARPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL	C441	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-09	10:07	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-09	10:07	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	