

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVEIGA	VELEZ	SANTA GRAFILA	24	03	1948	77 años, 11 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304525718	MANABI	CHONE	RICAUARTE	EL PARAMO y	099-474-8024 /
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	1304525718	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	02	25
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

PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (TRATADA CON ENALAPRIL 10 + AMLODIPINA 5MG - CON MALA ADHERENCIA SECUNDARIA A ANALFABETISMO) Y ASMA TARDÍA DIAGNOSTICADA EN 2016, ACUDE POR LESIÓN DÉRMICA LOCALIZADA EN EL ESPACIO NASOLABIAL/NASOGENIANO DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN, QUE PRESENTA COSTRA, BORDES ERITEMATOSOS Y EXTENSIÓN HACIA LA ZONA IZQUIERDA DE APROXIMADAMENTE 1 CM DE DIÁMETRO. DADO EL CARÁCTER CRÓNICO, LA PROGRESIÓN DE LA LESIÓN Y EL RIESGO DE PATOLOGÍA CUTÁNEA NEOPLÁSICA EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA, SE SOLICITA REFERENCIA SEGUNDO NIVEL PARA EVALUACIÓN POR DERMATOLOGÍA, Y DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE CUENTA CON DERMATOSCOPIA EN ESTE NIVEL DE ATENCIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	D233	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-25	11:49	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-02-25	11:49	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	