

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	VELIZ	ANA ALEGRIA	20	03	1966	58 años, 6 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304788332	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO LAS CAÑAS DEL GUEINEO y SN	099-593-2152 /
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	1304788332	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO			HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 1	
Refiere o Deriva a:							Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Dermatología	2024	10 14
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 presenta mancha hiperctromica en región malar derecha desde hace 2 años aproximadamnete la cual va creciendo progresivamnte, se refiere a hoapistal d emayor complejidad para tratameinto especializado

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

normales

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCÍTICO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA		D223	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-14	10:54	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	 ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	-----------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia inversa a:

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
2024-10-14	10:54	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	