

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| PINARGOTE        | ZAMBRANO         | OLINDA TRINIDAD | 20                  | 05  | 1963 | 62 años, 8 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305005041        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | EL VERGEL y                  | / (05)-269-8960      |
| 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                 | 1305005041      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología |  | 2026  | 01  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente femenina de 62 años de edad con antecedentes patológicos personales de gastritis crónica, colitis, amigdalitis de repetición, dolor articular crónico y antecedentes quirúrgicos de cirugía nasal y ooforectomía por ovario poliquístico. En tratamiento farmacológico crónico con omeprazol y colipam desde hace varios años. Acude por aparición progresiva de múltiples lesiones pigmentadas tipo “lunares” en rostro, brazos y hombros, de meses a años de evolución. Refiere aumento en número y visibilidad de las lesiones. Niega prurito, sangrado, dolor, ulceración o cambios inflamatorios locales. Niega antecedentes personales o familiares conocidos de cáncer de piel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Múltiples lesiones pigmentadas cutáneas en paciente adulta mayor, probablemente compatibles con nevos melanocíticos adquiridos o lentigos solares, con necesidad de valoración especializada para descartar lesiones premalignas o malignas, considerando la edad, distribución en zonas fotoexpuestas y aumento progresivo del número de lesiones.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 14:47 | Medicina Rural | MILTON ALBERTO BARRETO CHICA | 1312587668 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-01-22 | 14:47 | Medicina Rural | MILTON ALBERTO BARRETO CHICA | 1312587668 |       |

