

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | VELEZ            | CARLOS ARTURO | 10                  | 03  | 1966 | 58 años, 9 meses, 7 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

  

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305723817        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CDLA MIRA FLORES y           | 099-797-8331 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

## 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud                   | Tipo            | Distrito/Área  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------------------------|-----------------|----------------|--|--|
| MSP                 | 1305723817      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13D09 / ZONA 4 |  |  |

  

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              | Fecha |    |    |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|-------|----|----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología | 2024  | 12 | 17 |

  

| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud | Servicio | Especialidad | día | mes | año |
|---------------------|--------------------------|----------|--------------|-----|-----|-----|
|---------------------|--------------------------|----------|--------------|-----|-----|-----|

## 2. Motivo de la referencia o derivación:

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

## 3. Resumen del cuadro clínico

paciente presenta tumoraciones en región glútea derecha, en región del flanco derecho y región axilar, desde hace 10 años aproximadamente, de consistencia duras, dolorosas y con pedículo, se refiere a hospital de mayor complejidad, cSpS. CLAROS. rScS. RITMICOS

## 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NORMALES

## 5. Diagnóstico

|                  |  |        |     |     |
|------------------|--|--------|-----|-----|
| Diagnóstico      |  | CIE-10 | PRE | DEF |
| VERRUGAS VIRICAS |  | B07X   | X   |     |

|            |       |                  |                                  |            |                                                                                                                            |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                      |
| 2024-12-17 | 09:53 | Medicina Interna | ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO | 0907072664 | <br>ROMULO DIOGENES<br>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 |
| 2024-12-17 | 09:53 | Medicina Interna | ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO | 0907072664 |       |