

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	ZAMBRANO	OSCAR HUMBERTO	19	07	1955	70 años, 10 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305952135	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO LARREA y	098-817-5094 /
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	1305952135	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	06	18
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 MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE IMPORTANCIA. ACUDE PARA VALORACIÓN DE LESIÓN PLANTAR LOCALIZADA EN TALÓN DE 5 MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADA POR LESIÓN ULCERADA Y EXOFÍTICA DE APROXIMADAMENTE 3 - 4 CM, CON SUPERFICIE NECRÓTICA, ÁREAS HEMORRÁGICAS VIOLÁCEAS, PRESENCIA DE MATERIAL FIBRINOIDE AMARILLENTO Y BORDES RELATIVAMENTE ELEVADOS. TELF: 0988175094

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PATOLOGIA: ESTUDIO MICROSCOPICO. LOS CORTES MUESTRAN UNA PIEL ACRAL CUYA DERMIS ESTA INFILTRADA POR NEOPLASIA MALIGNA CONSTITUIDA POR NIDOS, SABANAS DE CELULAS PLEOMORFICAS DE NUCLEOS HIPERCROMATICOS CON NUCLEOLO EVIDENTE CON CITOPLASMA EOSINOFILO EN ALGUNAS DE ELLAS, ESCASAS CELULAS PRESENTAN PIGMENTO DE MELANINA EN SU CITOPOLASMA, PRESENTAN PERMEACION PERINEURAL Y LINFOVASCULAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MELANOMA MALIGNO DE PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	C439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-18	10:15	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-06-18	10:15	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

