

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	CEDEÑO	LANDYS MARLENE	18	07	1945	79 años, 5 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306199892	MANABI	CHONE	RICAURTE	WASHINTONG y ALEJO LASCANO	098-633-5456 /
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/Area		
MSP	1306199892	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	12	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 79 AÑOS DE EDAD. APP: HTA EN TRATAMIENTO CON AMLODIPINO 10MG + VALSARTAN 160MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12.6MG. ASPIRINA 81 MG; CONSTIPACIÓN SIN TRATAMIENTO; OSTEOPOROSIS. ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE QUE ACUDE POR PRESENTAR LESIÓN EN REGIÓN DE MEJILLA IZQUIERDA ELEVADA DE 1CM ASIMÉTRICA, DE 2 COLORES (SE OBSERVA VASCULARIZACIÓN) DE BORDES IRREGULARES, DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN, LESIÓN PARECE CURARSE Y DESPUÉS DE UN TIEMPO VUELVE A APARECER.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	C443	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-23	18:18	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	

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
2024-12-23	18:18	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	