

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VARGAS           | ALCIVAR          | MIRNA MARILU | 10                  | 12  | 1967 | 57 años, 9 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                     | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-----------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306526987        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y CDLA 6 DE DICIEMBRE | 095-986-7989 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria                  | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1306526987      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Dermatología | 2025  | 09  | 29  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 clinico

PACIENTE REFIERE QUE TIENE LESION EN LA PIEL DESDE APROXIMADAMENTE UN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRURITO EN PIERNA IZQUIERDA, NO REFIERE AUTOMEDICARSE, REFIERE QUE AVECES DUELE AL ROCE CON LEVE SANGRADO,CON TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL DENTRO DE RANGOS NORMALES, RFIERE ABULTAMIENTO EN AREA DE AXILA DERECHA NO DOLROSO AL TACTO EL CUAL HA AUMENTADO DE TAMAÑO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------|--------|-----|-----|
| GRANULOMA PIOGENO | L980   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-09-29 | 12:00 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |