

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MACIAS	MARIA ISABEL	13	04	1969	56 años, 6 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306582436	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	096-737-0448 / (02)-558-5140
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	1306582436	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	10	14
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

☐

DEMANDA ESPONTANEA DE PACIENTE .

3. Resumen del cuadro clínico

ACIENTE FEMENINO DE 56 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD POR MÚLTIPLES LESIONES EN LA PIEL QUE PICAN, ARDEN, DESOLLAMIENTO EN BASE A LAS PALABRA DE ELLA, SIENDO LAS QUE MÁS CAUSAN MOLESTIAS UN PLACA HIPOCROMICA DE APROXIMADAMENTE 1 CM DE DIÁMETRO UBICADA PARANASAL IZQUIERDO. APF: CANCER DE PIEL MADRE. APP: ALERGIA SULFANOALIDAS, COXII INHIBIDORES, PARAMINOFENOLES, COLICOS, ANTIGRIPALES, DETROPROPOXIFENO, TRAUMADOL, OPIACEOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DEMANDA ESPONTANEA DE PACIENTE . APF CANCER DE PIEL MADRE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO, NO NEOPLASICO	I781	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-14	08:11	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDAÑO	1312946617	

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
2025-10-14	08:11	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDAÑO	1312946617	

