

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CEDEÑO	DEYSY DOLORES	29	09	1969	56 años, 1 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306603869	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA PAZ y	096-704-0418 / (09)-999-9999
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	1306603869	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	11	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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES CONTROLADA. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 11 MESES CARACTERIZADO POR PROTUBERANCIA EN PIERNA IZQUIERDA DE 3X3 CM, ESTA MASA EL BIEN DELIMITADA, SUPERFICIE RUGOSA, ASPERA. PRESENTA DOLOR A LA PALPACIÓN, ADEMÁS PRESENTA OTRA MASA DE IGUAL TAMAÑO NO SE ENCUENTRA EXTERIORIZADA DE 1X1 CM PACIENTE REFIRE QUE ASÍ COMENZÓ EL PRIMERO. EN ZONA CELIAR PRESENTA OTRA MASA DE ASPECTO RUGOSO DE NUEVA APARICIÓN DE 1X1 CM

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD PARA RESECCIÓN DE LESION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCÍTICO DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA	D227		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-14	13:35	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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 clínico

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