

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARREIRO	VERA	CARLOS EDUARDO	06	03	1973	53 años, 2 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307029759	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SD y	000-000-0000 /
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	1307029759	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2026	06	02
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 CON APP DE GLAUCOMA CONTROLADO CON LATOF, KRITANTE, ACUDE POR REFERIR DOLOR EN ZONA DE RODILLA IZQUIERDA LUEGO DE CAER SOBRE SU PROPIO PESO, DESDE HACE APROX 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN, MENCIONA QUE ANTERIORMENTE HA PRESENTADO DICHO DOLOR QUE HA CEDIDO CON ANALGÉSICOS, PERO ESTA VEZ NO HA ENCONTRADO ALIVIO PARA SU MALESTAR. ADEMÁS PACIENTE REFIERE MANCHA HIPERCROMICA EN ZONA DE TÓRAX ANTERIOR, QUE CAUSA PRURITO, DESCAMACIÓN MENCIONA PACIENTE QUE HA ESTADO COLOCANDOCE CREMAS QUE NO LE LLEVAN A MEJORÍA. TELEFONO: 0996425723.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCITICO DEL TRONCO	D225	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	14:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-06-02	14:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARREIRO	VERA	CARLOS EDUARDO	06	03	1973	53 años, 2 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307029759	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SD y	000-000-0000 /
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	1307029759	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG	2026	06	02
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 CON APP DE GLAUCOMA CONTROLADO CON LATOF, KRITANTE, ACUDE POR REFERIR DOLOR EN ZONA DE RODILLA IZQUIERDA LUEGO DE CAER SOBRE SU PROPIO PESO, DESDE HACE APROX 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN, MENCIONA QUE ANTERIORMENTE HA PRESENTADO DICHO DOLOR QUE HA CEDIDO CON ANALGÉSICOS, PERO ESTA VEZ NO HA ENCONTRADO ALIVIO PARA SU MALESTAR. ADEMÁS PACIENTE REFIERE MANCHA HIPERCROMICA EN ZONA DE TÓRAX ANTERIOR, QUE CAUSA PRURITO, DESCAMACIÓN MENCIONA PACIENTE QUE HA ESTADO COLOCANDOCE CREMAS QUE NO LE LLEVAN A MEJORÍA. TELEFONO: 0996425723

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRA RUPTURA ESPONTANEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	M236	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	14:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-06-02	14:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

