

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	MOREIRA	JUAN CARLOS	04	09	1976	49 años, 11 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308273893	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	WASHINGTON y MALECON	098-685-6195 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1308273893	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	08	06
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

PACIENTE MASCULINO DE 49 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIÓN CICATRICIAL EN LABIO, SECUNDARIA A QUEMADURA POR CIGARRILLO OCURRIDA HACE APROXIMADAMENTE 15 AÑOS . REFIERE QUE DESDE EL EVENTO HA PERSISTIDO LA CICATRIZ, LA CUAL EN LA ACTUALIDAD LE OCASIONA MOLESTIA ESTÉTICA Y DISCONFORT LOCAL OCASIONAL, SIN EPISODIOS DE SANGRADO, SECRECIÓN, CRECIMIENTO RECIENTE NI SIGNOS DE INFECCIÓN. ACUDE PARA VALORACIÓN MÉDICA, EVALUACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA LESIÓN Y DETERMINAR NECESIDAD DE MANEJO O REFERENCIA A ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0986856195.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FIBROSIS Y AFECCIONES CICATRICIALES DE LA PIEL	L905	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-06	10:50	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-08-06	10:50	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	