

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	OSCAR FERNANDO	29	04	1978	47 años, 5 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308905114	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	FGH y	099-194-1294 /
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	1308905114	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	30
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 QUE PRESENTA DOS LUNARES PERIORBITARIOS, UBICADOS ALREDEDOR DEL OJO, DE APROXIMADAMENTE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, QUE REFIERE HAN AUMENTADO DE TAMAÑO DE MANERA PROGRESIVA EN LOS ÚLTIMOS MESES; LOS LESIONES SON DE ASPECTO PIGMENTADO, ASIMÉTRICAS, CON BORDES DEFINIDOS PERO LIGERAMENTE IRREGULARES, SIN REFERIR PRURITO, DOLOR NI SANGRADO, AUNQUE MANIFIESTA PREOCUPACIÓN POR SU CAMBIO DE TAMAÑO Y POSIBLE RIESGO, ASÍ COMO MOLESTIA ESTÉTICA POR SU UBICACIÓN VISIBLE; SOLICITA VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA SU EXÉRESIS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRATAMIENTO DEFINITIVO. SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCITICO, SITIO NO ESPECIFICADO	D229		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	21:26	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