

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MENDOZA	DIANA ROSAURA	19	08	1982	42 años, 6 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	1309178380	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y CDLA 6 DE DICIEMBRE	099-130-0295 / (99)-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	1309178380	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	03	07
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 DE 42 AÑOS DE EDAD, CON APP HTA, FIEBRE REUMÁTICA, COLON IRRITABLE, ACUDE POR CUADRO DE LARGA DATA DE DOLOR ÓSEO QUE EMPEORA AL REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS COMO BARRER O LAVAR, ESTE DOLOR SIEMPRE SE ENFOCA A NIVEL ARTICULAR SOBRE TODO EN RADIO HUMERAL DERECHA, REFIERE QUE HACE ALGUNOS MESES PRESENTA AUMENTO DE PESO, PÉRDIDA DE CABELLO, DISFONIA REPENTINA, CUADROS DE ANSIEDAD, TEMBLORES. AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA VERRUGA EN ZONA DE INGLE, LESION DE 1X1,5CM CON APERTURA CENTRAL FISTULIZADO Y ELIMINACIÓN DE CONTENIDO SEROSO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VERRUGA EN LESION DE INGLE QUE SE ENCUENTRA FISTULIZADA CON ELIMINAICÓN DE CONTENIDO SEROSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS	B07X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-07	11:49	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 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

