

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	AVILA	JESENIA ISABEL	23	04	1979	47 años, 2 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309771564	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE ELIO SANTOS MACAY y CALLE ELIO SANTOS MACAY	096-926-1495 /
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	1309771564	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	07	06
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 47 AÑOS CUDE POR REFERIR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE NEVU EN REGION DE ALA NASAL, REFIERE QUE TIENE ANTECEDENTE DE TIROIDECTOMIA HACE 21 AÑOS POR PRESENCIA DE NODULOS TOMA DIARIO LEVOTIROXINA 150MCG /D, Y TIENE PENDIENTE VALORACION DE SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGIA, ACTUALMENTE TIENE SINTOMAS DEL CLIMATERIO, SOFOCACION, FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION HACE 20 DIAS, PAP HACE 2 AÑOS, GESTAS 3 LIGADURA DE TROMPAS HACE 10 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE NEVO N REGION DE ALA NASAL DE APROXIMADAMENTE 1CM SEGUIMIENTO POR ESPECIALDIAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCITICO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	D223		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	08:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-07-06	08:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

