

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	SOLORZANO	PASTORA JESSENIA	08	11	1978	46 años, 3 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309862991	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BELLA VISTA 1 y	096-028-3796 /
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	1309862991	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	02	12
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	☐	ACROCORDONES SUBPALPEBRALES IZQUIERDO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE HTA / MIGRAÑA/ DISPEPSIA. MEDICADA CON Losartan de 100 Carvedilol 12.5 Omerazol 20 MG Amitriptilina 25 MG PACIENTE MEDICADA CON AMITRIPTILINA POR TERAPIA MIGRAÑOSA INFORMA POCA TOLERANCIA A MEDICAMENTO POR LO QUE SE ROTA A FLUNARIZINA. REFREIRE DOLOR EN HOMBRO DERECHO DE 6 MESE DE EVOLUCIÓN CON DIFICULTAD PARA LAS ABVD INCLUYE PEINARSE O PONERSE BLUSA. REFIERE ADEMÁS PRESENCIA DE ACROCORDÓN SUBPALPEBRAL IZQUIERDO CON AUMENTO DE TAMAÑO Y DOLOR DESDE HACE MÁS O MENOS 1 AÑO DE EVOLUCIÓN. 0960283796

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DEL PÁRPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL	D231		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	09:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-02-12	09:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

