

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	RENDON	JOSE MIGUEL	12	07	1980	44 años, 8 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310201866	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	555-555-5555 /
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	1310201866	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	03	21
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 DE 48 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, PACIENTE QUE ACUDE CON CUADRO CLINICO DE INFLAMACIÓN EN MAEOLO MEDIAL, PACIENTE REFIERE FUE POSTERIOR A HERIDA DE 6 CM APROXIMADAMENTE DE DIAMETRO POR TRAUMATISMO CON PULIDORA EN EL CUAL ASISTIÓ A INSTITUCIÓN DE SALUD EN EL CUAL SE REALIZO SUTURA INTERNA Y EXTERNA, DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN. PACIENTE TAMBIEN REFIERE LUNAR EN ZONA OCCIPITAL, REFIERE QUE EL LUNAR HA CRECIDO DE TAMAÑO EN LOS ULTIMOS AÑOS POSTERIOR A CORTE EN DICHA REGIÓN, REFIERE TENIA CITA MEDICA PARA SU EXTRACCIÓN PERO NO PUDO ACUDIR A LA CITA POR EL ACCIDENTE CON PULIDORA MENCIONADO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA INFLAMACIÓN EN MALEOLO MEDIAL IZQUIERDO, DURO AL TACTO, SE EVIDENCIA TAMBIEN LUNAR REDONDO, UN SOLO COLOR, DE MAS DE 1CM DE DIAMETRIO, BORDES REGULARES, RESTO DE EXAMEN FISISO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0997948194

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	13:45	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-03-21	13:45	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

