

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	QUIROZ	ROSARIO ALEXANDRA	19	05	1979	45 años, 8 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310205354	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CABECERA DE BARQUERO y	096-302-5300 /
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	1310205354	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	03
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

☐

VENO EN EXTREMIDADES CON CAMBIO DE TAMAPO COLOR FORMA. APF CA ÚTERO EN HNA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE SIN APP DE IMPORTANCIA, NO ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, AP QX CESAREAS 2, SALPINGECTOMIA Y OFORECTOMÌA DERECHA POR QUISTE OVÀRICO HACE 2 AÑOS, APF HNA CA DE ÛTERO, ACUDE POR REFERIR DESDE HACE 18 AÑOS LUNAR EN CODO VARA LATERAL DE BRAZO DERECHO QUE DESDE HACE 2 AÑOS HA AUMENTADO DE TAMAÑO, Y DESDE HACE 2 MESES SE INTENSIFICA PRURITO, DOLOR, CAMBIO DE COLOR, FORMA Y AUMENTO DE TAMAÑO, ADEMÀS EN MUÑECA IZQUIERDA REGIÓN DORSAL PRESENTA DESDE HACE 6 MESES NEVO CON SIMILARES CARACTERISTICAS. 0963025300

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCITICO DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO	D226		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	08:46	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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	08:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	