

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	QUIROZ	ROSARIO ALEXANDRA	19	05	1979	46 años, 4 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	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	Conveccional/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	10	02
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	☐	NEVO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 46 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APF: HERMANA (FALLECIDA POR CANCER DE UTERO HACE 8 AÑOS), AA: NO REFIERE, APQX: CESAREAS 2, SALPINGECTOMIA Y OFORECTOMIA DERECHA POR QUISTE OVÁRICO HACE 2 AÑOS. ACUDE A CONSULTA POR CLINICA DE 18 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LUNAR EN CODO VARA LATERAL DE BRAZO DERECHO REFIERE QUE EN LOS ULTIMOS MESES SE INTENSIFICA PRURITO, DOLOR, CAMBIO DE COLOR, FORMA Y AUMENTO DE TAMAÑO, ADEMÁS EN MUÑECA IZQUIERDA REGIÓN DORSAL PRESENTA DESDE HACE MESES NEVO CON SIMILARES CARACTERISTICAS. MENCIONA QUE PERDIO TURNO CON DERMATOLOGIA. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL. TEL. 0963025300

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

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
2025-10-02	14:28	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-10-02	14:28	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	