

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	AVILA	MARIA ISABEL	04	12	1997	27 años, 3 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310405889	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SEGUNDA ETAPA y	099-991-3944 /
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	1310405889	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	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 FEMENINA DE 27 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CANSANCIO, CEFALEAS Y APARICION DE HEMATOMAS EN VARIAS ZONAS DEL CUERPO, ADEMAS REFIERE LA PRSENCIA DE LESION DERMICA PAPULAR, APARIENCIA DE NEVUS A NIVEL DEL LABIO SUPERIOR DESDE HACE 6 MESES QUE EN OCASIONES GENERA DOLOR Y H AUMENTADO SU TAMAÑO.- NIEGA OTROS SINTOMAS . AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA EL NEVUS EN LABIO SUPERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON RESULTADOS DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCITICO DEL LABIO	D220	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	11:25	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ

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 clínico

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	11:25	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	