

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| TORRES           | LUCAS            | ANGELICA MARIA | 24                  | 10  | 1980 | 44 años, 0 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310430945        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LAS MARIAS y                 | 096-790-4711 /      |
| 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                 | 1310430945                               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                                                      |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa                                     | Dermatología | 2024           | 11  | 07  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 44 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA POR MOTIVO DE LUNAR EN REGION ESTERNAL QUE HA IDO CRECIENDO EN LOS ULTIMOS MESES. PRESENTA MASA DE GRAN TAMAÑO A NIVEL DE PLIEGUE AXILAR QUE REFIERE SE VUELVE DOLORA CON LOS PERIODOS MENSTRUALES. MANIFIESTA TAMBIEN MIGRAÑAS Y MAREOS. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| LESION VERRUGOSA EN UNION ESTERNOCONDRAL A NIVEL DE TERCER CARTILAGO COSTAL. |
|------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico      | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------|--------|-----|-----|
| VERRUGAS VIRICAS | B07X   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-07 | 09:23 | Medicina Rural | CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ | 1312780115 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-07 | 09:23 | Medicina Rural | CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ | 1312780115 |       |