

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRASCO	PAZMIÑO	EDWIN MARCELO	01	10	1987	38 años, 0 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311994527	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA A SAN VICENTE y	099-332-2023 /
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	1311994527	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	30
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 EN
CRECIMIENTO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR UNA LESIÓN EN LA REGIÓN MALAR DERECHA. REFIERE QUE DICHA LESIÓN CORRESPONDE A UN NEVO CONGÉNITO PRESENTE DESDE EL NACIMIENTO. MENCIONA QUE HACE APROXIMADAMENTE DOS MESES HA NOTADO UN AUMENTO PROGRESIVO DEL TAMAÑO DE LA LESIÓN, ACOMPAÑADO DE DOLOR LEVE A MODERADO EN LA ZONA PERILESIONAL. NO HA RECIBIDO ATENCIÓN MÉDICA PREVIA POR ESTE MOTIVO Y NIEGA SUPURACIÓN, SANGRADO O CAMBIOS DE COLORACIÓN EVIDENTES. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA LESIÓN NODULAR EN REGIÓN MALAR DERECHA, DE BORDES BIEN DEFINIDOS, DE APROXIMADAMENTE 1 CM DE DIÁMETRO, SUPERFICIE LISA CON ORIFICIO CENTRAL, SIN SIGNOS DE SANGRADO NI SECRECIÓN PURULENTO, DOLOROSA A LA PALPACIÓN LOCAL. 0993322023 - 0992914384

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO NO NEOPLASICO, CONGENITO	Q825	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-30	14:35	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-10-30	14:35	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

