

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTESDEOCA	MOREIRA	GINA MARIBEL	30	05	1984	41 años, 6 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312175811	MANABI	CHONE	CONVENTO	8 DE DICIEMBRE y	096-725-8863 /
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	1312175811	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	12	16
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 41 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR ACROCORDON DE 3 CM EN ZONA SUBGLUTEA DE LARGA DATA (6 AÑOS) ADEMAS DE INFECCIONES POR CARDIDA A REPETICION. REFIERE QUE ACROCORDON ESTE ULTIMO MES LE IMPIDE EL DECUBITO SUPINO. APP: CANDIDIASIS A REPETICION. AQX: NO REFIERE APF: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, COLABORADORA AL INTERROGATORIO, ALERTA, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACROCORDON EN REGION SUBGLUTEA+A LA ESPECULOSCOPIA: LEUCORREA BLANQUECINA.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS HIPERTROFICOS DE LA PIEL	L918		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-16	16:00	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2025-12-16	16:00	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	