

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	MEJIA	CARLOS AUGUSTO	03	05	1989	37 años, 0 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312909763	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-775-1356 /
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	1312909763	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	06	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 37 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR PRESENTAR UN CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LA APARICIÓN PROGRESIVA DE MÚLTIPLES LESIONES NODULARES EN LA PIEL, LOCALIZADAS EN TÓRAX, ABDOMEN, CUERO CABELLUDO, ESPALDA Y REGIONES INGUINALES. EL PACIENTE REFIERE QUE LAS LESIONES PRESENTAN PRURITO OCASIONAL DE MODERADA INTENSIDAD, SIN CAUSA APARENTE. AL INTERROGATORIO DIRIGIDO, NIEGA SÍNDROME FEBRIL, NIEGA PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA, NIEGA DOLOR LOCALIZADO O SECRECIÓN EXPONTÁNEA A TRAVÉS DE LAS LESIONES. NIEGA COMPROMISO DE OTROS ÓRGANOS O SISTEMAS. TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO. SE SOLICITA VALORACIÓN Y MANEJO POR CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE FOLICULAR DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	L729	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	13:28	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

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
2026-06-02	13:28	Medicina Rural	JORGE IGNACIO LOOR MOREIRA	1313690859	

