

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MINAYA	GARCIA	MARIA ISABEL		21	03	2000	24 años, 7 meses, 21 días	Mujer
				día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313521583	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MIRAFLORES y CDLA MIRAFLORES	096-798-7407 /	
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular	

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud			Tipo	Distrito/Area	
MSP	1313521583	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO			HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:							
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Dermatología	2024	11 11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud			Servicio	Especialidad	día	mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

paciente presenta tumoraciones en cara anterior del dedo indice izquierdo en número de dos, ademas en la plama de la mano y en antebrazo derecho a nivel del codo desde hace 3 años aproximadamente, CsPs; claros, RSCs: ritmicos

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

normales

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10		PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS		B07X			X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-11	14:03	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	 Firmado electrónicamente por: ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	-----------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia inversa a:

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
2024-11-11	14:03	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	