

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	SALAZAR	SAMUEL JOEL	29	03	2002	22 años, 11 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313628586	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE	098-350-5824
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	1313628586	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2025	03	09
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 22 AÑOS, APP: EPILEPSIA (ACTUALMENTE SIN TRATAMIENTO, NO RECUERDA EDAD DE INICIO NI MEDICACIÓN EMPLEADA, ÚLTIMO EPISODIO A LOS 16 AÑOS), APF: HTA MADRE, HERMANA HIPOTIROIDISMO, ABUELO PATERNO DM2. ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA POR CONTROL DE MÚLTIPLES LESIONES VERRUCOSAS (EXOFÍTICAS, HIPERQUERATÓSICAS, DE SUPERFICIE RUGOSA Y BORDES IRREGULARES) LOCALIZADAS EN TRONCO, AXILAS Y BRAZOS, DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. LA PRIMERA APARECIÓ EN LA INFANCIA, ES DE APROXIMADAMENTE 5 MM X 5MM. EN TOTAL SON APROXIMADAMENTE 10, NO SON DOLOROSAS, NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE INFLAMACIÓN, ÚLCERAS O SECRECIÓN. NO REFIERE ANTECEDENTES DE INMUNOSUPRESIÓN O CONTACTO CON PERSONAS CON LESIONES SIMILARES. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EL MES ANTERIOR SE PRESCRIBIÓ COLLOPLUS (ÁCIDO SALICÍLICO) APLICADO EN LAS NOCHES POR 4 SEMANAS SIN ALIVIO. SE DECIDE MANEJO POR SEGUNDO NIVEL POR LA GRAN CANTIDAD DE VERRUGAS, RESISTENTES AL TRATAMIENTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PAPILOMAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	B977		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-09	10:59	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-09	10:59	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	