

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | PANTA            | FROWEN DANIEL | 14                  | 08  | 2002 | 22 años, 3 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        | 1313913244        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | S y                          | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1313913244      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología | 2024  | 12  | 13  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 22 A ACUDE A CITA MEDICA EN COMPAÑIA DE PAREJA DEBIDO A LESION NODULAR EN REGION CERVICAL POSTERIOR DE APROXIMADAMENTE 5 MESES DE EVOLUCION, MANIFIESTA QUE LE GENERA LEVE PRURITO Y EN UNA OCASION SE MANIPULO HASTA GENERAR SANGRADO. AL EXAMEN FISICO SE VISUALIZA NODULO ROSACEO DE 0.5CM DE DIAMETRO APROX, Y 0.5 CM DE ALTURA, DE BORDES REGULARES, EN REGION CERVICAL POSTERIOR. PRESENTA MANCHAS HIPERCROMICAS EN SU PERIFERIA LAS CUALES REFIERE SON A CAUSA DE PONERSE MEDICACION PARA VERRUGAS. SE SOLICITA REFERENCIA A 2 NIVEL PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO SE VISUALIZA NODULO ROSACEO DE 0.5CM DE DIAMETRO APROX, Y 0.5 CM DE ALTURA, DE BORDES REGULARES, EN REGION CERVICAL POSTERIOR. PRESENTA MANCHAS HIPERCROMICAS EN SU PERIFERIA LAS CUALES REFIERE SON A CAUSA DE PONERSE MEDICACION PARA VERRUGAS.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO | L989   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-12-13 | 18:15 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-12-13 | 18:15 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |

