

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ALVARADO	JORMA JESUS	03	01	2005	19 años, 8 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	1314558170	MANABI	CHONE	CANUTO	BOCA DE LA CHORRERA y X	097-969-6171 /
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	1314558170	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2024	10	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 MACULINO DE 19 AÑOS DE EDAD A CONSULTA MEDICA EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR PROTUBERANCIA EN PECHO EN ZONA DERECHA POSTERIOR A GOLPE JUGANDO FUTBOL CON EL CODO DE OTRO JUGADOR, HACE APROXIMADAMENTE TRES SEMANAS AL EXAMEN FISICO SE PALPA MASA DURA EN TORAX ANTERIOR DEL LADO DERECHO, SE EVIDENCIAN PAPULAS GRUESAS, HIPERQUERATOSICA EN MANOS, TOBILLO Y TESTICULOS (MENCIONA PAREJAS SEXUALES EN NUMERO DE #3, SIN PERSEVATIVO) HACE 3 AÑOS. SE REALIZA REFERENCIA A DERMATOLOGIA. PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO COLABORADOR AL INTERROGATORIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. POR FALTA DE AGENDAMIENTO EN LABORATORIO NO SE PUDO REALIZAR EXAMENES DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE PUDIERON REALIZAR POR FALTA DE AGENDAMIENTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LIQUEN PLANO HIPERTROFICO	L430	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-02	10:49	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2024-10-02	10:49	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

