

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| TRIVIÑO          | LOOR             | CRISTINA ALEXANDRA | 31                  | 01  | 1991 | 33 años, 8 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                       | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|---------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314784719        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CALLE MANUEL DE JESUS ALVAREZ y | 095-950-9523 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1314784719                  | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |              |       | 13D07 / ZONA 4 |     |
|                     |                             |                          |                                                      |              |       |                |     |
| Refiere o Deriva a: |                             |                          |                                                      |              | Fecha |                |     |
| Red Complementaria  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA... |                          | 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     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIENE UN LUNAR NEGRO DESDE NACIMIENTO QUE AMERITA UNA EVALUACION YA QUE REFIERE LA PACIENTE QUE LO A RETIRADO CON UN PRODUCTO PARA VERRUGA... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| QUIMICA: -RECUESTO DE GLOBULOS ROJOS 4.21 x10^6 células / uL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA 12.92 g / dL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO 37.20 % [35 - 56] -VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO 88.30 fL [82 - 100] -HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA 30.70 pg [27 - 34] GLUCOSA 81.10 mg / dL [75 - 115] COLESTEROL TOTAL 155.00 mg / dL [0 - 200] TRIGLICERIDOS 136.00 mg / dL [0 - 150] |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| NEVO MELANOCITICO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA | D223   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO          | FIRMA                                                                                                                                                    |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024-10-02 | 09:09 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>LEONARDO FABIAN<br>ARTEAGA TAIPE |

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 | 09:09 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |