

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	ALCIVAR	EVELYN KATIUSKA	16	08	2001	23 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315562932	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	096-109-5676 /
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	1315562932	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2024	10	04
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 DE 23 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE DOS SEMANAS APROX. QUE SE CARACTERIZA POR PRESENTAR NEVO EN LA FRENTE (INDICA DESDE NACIMIENTO) PERO QUE DESDE HACE 2 SEMANAS GENERA DOLOR TIPO PULSATIL, Y QUE EN ULTIMAS SEMANAS HA CRECIDO. NO REFIERE HABERSE MANIPULADO ANTERIORMENTE. ADEMAS PRESENTA CRECIMIENTO DE TEJIDO EN CONJUNTIVA OCULAR DERECHA, PRESENTA CEFALEA ESPORADICA QUE CEDE AL USO DE ANALGESIA. NO OTRA SINTOMATOLOGIA. CEL: 0983700256.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

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
2024-10-04	11:56	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

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
2024-10-04	11:56	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	