

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CHAVEZ	SABINA YOKABEL	25	06	1969	55 años, 8 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306527035	MANABI	CHONE	CANUTO	EL BERJEL y	099-676-7455 /
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	1306527035	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	03	07
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 DE SEXO FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD LLEGA A ESTA CASA DE SALUD PARA SOLICITAR REFEENCIA POR MOLESTIA DE LUNAR A NIVEL DE ZONA DE LA NARIZ APP: NO REFIERE, APF: PADRES HTA. AQX: NO CESAREA HACE APROXIMADAMENTE 15 AÑOS. HABITOS: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. CONSOLIDACION DE MEDICAMENTOS: OMEPRAZOL 20MG CUANDO PRESENTA GASTRALGIA. PACIENTE PRESENTA TUMORACION CUTANEA REDONDEADA DE BORDES DEFINIDOS EN PUENTE NASAL. PACIENTE REFIERE PRURITO INTENSO EN LA LESIONAL Y ZONA PERILESIONAL. ADEMAS PRESENTA HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES MASTALGIA EN MAMA IZQUIERDA, EL DOLOR NO ES PERMANENTE SINO ESPORADICO Y DE BAJA INTENSIDAD. EXAMEN FISICO: TUMORACION CUTANEA EN PUENTE NASAL SIMETRICO, BORDES BIEN DEFINIDOS, SIN CAMBIOS DE COLORACION. MAMA NO PRESENCIA DE MASA PALPABLE, PRESENTA FACIES ALGICAS AL PALPAR MAMA IZQUIERDA. SE INDICA LA REALIZACION DE ECOGRAFIA DE MAMA Y CONTROL SUBSECUENTE EN UN MES. RESPECTO AL TUMOR BENIGNO A NIVEL DE PUENTE NASAL SE SOLICITA REFERENCIA A AREA DE DERMATOLOGIA PARA VALORACION Y CORECTO MANEJO DEL MIS MO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE CABEZA, CARA Y CUELLO	D170		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-07	10:27	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-03-07	10:27	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

