

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	CEDEÑO	JOFFRE ISAIAS	11	12	2009	15 años, 7 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316190899	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y LOS VERGELES	099-892-3535 /
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	1316190899	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	07	28
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

MASculino DE 15 años DE EDAD, APP: ASMA, APQ: N.R. ALERGÍA: POLEN, ACAROS, CAMARÓN. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RGE CON PREDOMINIO MATUTINO POST PANDRIAL, EMPEORA CUANDO COME HARINAS, ACOMPAÑADO DE NAUSEAS, NO REFIERE DISTINCIÓN ABDOMINAL. ADEMÁS REFIERE QUE EN ZONA CUTANÉA EN HOMOPATO DERECHO PRESENTA LESIÓN QUISTICA DE 1.5X2CM, DOLOROSA A LA PALPACIÓN, REFIERE QUE ANTES SE ENCONTRABA DE MAYOR TAMAÑO SIN EMBARGO AHORA A DISMINUIDO SU TAMAÑO Y QUIERE REALIZARSE UNA RESECCIÓN DEL MISMO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESECCIÓN DE QUISTE EPIDERMICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	11:58	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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 clínico

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