

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MACIAS           | SOLORZANO        | JUNIOR ANTONIO | 18                  | 09  | 1997 | 28 años, 4 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        | 1316806239        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | PASANDO LA ESCUELA A MANO DERECHA EL COROZO y 0 | 098-810-7881 /      |
| 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                 | 1316806239      | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D06 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Dermatología | 2026  | 02  | 04  |
| 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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADULTO MEDIO CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR LESIONES DERMICAS DE ORIGEN DESCONOCIDO DE ASPECTO DURO Y SECA CON PRESENCIA DE PUNTOS NEGROS EN SU INTERIOR LOCALIZADO EN REGION PALMAR DE MANO IZQUIERDA DESDE HACE MAS O MENOS UN AÑO DE EVOLUCION, LESIONES SE HAN MULTIPLICADO ACTUALMENTE PRESENCIA DE 4 LESIONES DERMICAS. SE HA REALIZADO MANIPULACION CON ABJETOS CORTOPUNZANTES EN LOS CUALES PRESENTA SANGRADO ABUNDANTE. SE REALIZA EXAMENES DE VIH- SIFILIS HEPATITIS B Y C CON RESULTADOS NO REACTIVOS. PACIENTE REQUIRIENTE DE TRATAMIENTO DE CRIOTERAPIA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|         |
|---------|
| NINGUNA |
|---------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico      | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------|--------|-----|-----|
| VERRUGAS VIRICAS | B07X   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-04 | 13:10 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-04 | 13:10 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

