

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CEVALLOS	EVELIN MICHEL	07	10	2001	24 años, 8 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317011656	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA CHEQUELANDIA y	098-340-3307 /
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	1317011656	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	07	02
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 FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA PRESENTANDO CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO 8 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE TEJIDO DE CRECIMIENTO EN LABIO SUPERIOR DE CARACTERISTICAS ROJIZAS, NO PRURIGINOSAS, CRECIMIENTO LENTO, IRRITABLE A LA EXPOSICION SOLAR. NO INDICA ANTECEDENTES ONCOLOGICOS FAMILIARES PERO SI DENOTA PREOCUPACION POR LA PRESENCIA DE LA REPENTINA APARICION Y CRECIMIENTO DEL HEMANGIOMA. SUGIERE EXERESIS EN PROCEDIMIENTO, PERO SE INDICA NECESIDAD DE VALORACION POR ESPECIALIDAD DERMATOLOGICA PARA RESPECTIVO PROCEDIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO	D180		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	10:05	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-07-02	10:05	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	