

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	CEDEÑO	DAPHNE JOHARI	06	08	2013	12 años, 7 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317519849	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-999-9999 / (99)-999-9999
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	1317519849	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	03	26
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☐

RECURRENCIA Y APARICIÓN DE NUEVAS LESIONES EN PRIMER, SEGUNDO Y TERCER DEDO DE MANO DERECHA

3. Resumen del cuadro clínico

ADOLESCENTE FEMENINA DE 12 AÑOS DE EDAD. PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIONES VERRUGOSAS EN DEDOS DE AMBAS MANOS, INICIALMENTE EN TERCER DEDO DE MANO DERECHA Y SEGUNDO DEDO DE MANO IZQUIERDA. RECIBIÓ TRATAMIENTO PREVIO DE PRIMERA LÍNEA, INCLUYENDO CAUTERIZACIÓN. ACTUALMENTE PRESENTA RECURRENCIA Y APARICIÓN DE NUEVAS LESIONES EN PRIMER, SEGUNDO Y TERCER DEDO DE MANO DERECHA. LESIONES COMPATIBLES CON VERRUGAS CUTÁNEAS, SIN SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS	B07X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-26	15:56	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-03-26	15:56	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

