

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	HIDALGO	DERIC DANIEL	30	10	2008	16 años, 11 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350686679	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN JOSE y	098-801-6217 /
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	1350686679	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	10	21
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 16 AÑOS QUE PRESENTA LESIONES CUTÁNEAS EN MIEMBROS INFERIORES, CONSISTENTES EN PÁPULAS PERLOIDAS Y UMULADAS DE 2-4 MM DE DIÁMETRO, CON UNA PEQUEÑA DEPRESIÓN CENTRAL. LAS LESIONES SON ASINTOMÁTICAS, SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN O INFECCIÓN SECUNDARIA. NO SE OBSERVAN LESIONES EN OTRAS ÁREAS CORPORALES. EL PACIENTE NO REPORTA HISTORIA DE TRAUMATISMOS EN LA ZONA AFECTADA NI CONTACTO DIRECTO CON PERSONAS CON LESIONES SIMILARES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

seguimiento por especialidad

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MOLUSCO CONTAGIOSO	B081		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-21	11:21	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 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