

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	ALAVA	CRISTOPHER FARISUTH	04	06	2011	13 años, 4 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351794928	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CHONE y	099-461-3719 /
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	1351794928	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	10	09
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

SE REALIZA ATENCION EN SECTOR NICOLAS MARCILLO A PACIENTE MASCULINO DE 13 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA. TAMIZJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. ESTUDIANTE. MESTIZO. AL INTERROGATORIO MENCIONA LESION HIPERTROFICA EN EL CENTRO DE LA MANO IZQUIERDA. ADEMAS LESION HIPPERPIGMENTADA EN BORDE LATERAL DEL PIE DERECHO. AMBAS COMPATIBLES CON VERRUGAS PLANTAR Y PALMAR TAMBIEN CONOCIDA COMO "OJO DE PESCADO". EL RESTO DEL INTERROGATORIO SIN PATOLOGIA DE NINGUNA INDOLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, NO EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES. SE OBSERVA LESION DERMATOLOGICA HIPERTROFICA HIPERPIGMENTADA DE 1 CM DE DIAMETRO EN CENTRO PALMAR IZQUIERDO Y BORDE LATERAL DE PIE DERECHO. SOS PECHA DE VERRUGA POR PAPILOMA HUMANO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS	B07X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-09	16:00	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:

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
2024-10-09	16:00	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

