

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ROSADO	LENIN ANDRES	04	08	2015	10 años, 3 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352159618	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS NARANJOS y	098-900-0860 / (00)-000-0000
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	1352159618	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		2025	11	12
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

ESCOLAR MASCULINO DE 10 AÑOS ES ATENDIDO POR PRESENTAR LESIÓN EN TERCER DEDO DEL PIE DERECHO DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN, AL MOMENTO ESTABLE AFEBRIL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: LESION NODULAR OCUPANTE DE ESPACIO QUE AFECTA PLANO SUPERFICIALES DERMIS Y SUBDERMIS , DE BORDES DEFINIDOS LIGERAMENTE IRREGULARES , NO ALTERACION AL DOPPLER COLOR ID: LESION NODULAR EN TERCER DEDO DEL PIE DERECHO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS INFILTRATIVOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	L986	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-12	12:28	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	 FIRMA Firmado electrónicamente por: MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-12	12:28	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	