

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	MERA	AZENET YNAYA	16	01	2021	5 años, 6 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353548983	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE JUAN MONTALVO y SN	096-899-0719 /
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	1353548983	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	08	03
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 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU PADRE POR PRESENCIA DE MASA NO DEFINIDA EN REGIÓN SUPERIOR AL LABIO SUPERIOR DE LA CAVIDAD ORAL. PADRE REFIERE QUE LA LESIÓN ESTÁ PRESENTE DESDE EL NACIMIENTO, CON EPISODIOS RECURRENTES EN LOS CUALES LA MASA DESAPARECE O SE CAE Y POSTERIORMENTE VUELVE A APARECER. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE EVIDENCIA LESIÓN DE CARACTERÍSTICAS NO DEFINIDAS EN LA ZONA DESCRITA, SIN OTROS DATOS CLÍNICOS ASOCIADOS REFERIDOS. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA , AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0981650285.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS LABIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	Q380	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-03	14:42	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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 clínico

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
2026-08-03	14:42	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	