

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MOREIRA          | CEDEÑO           | JERARD FABRICIO | 19                  | 01  | 2021 | 5 años, 0 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        | 1353551177        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL PUEBLITO y SN             | 099-051-8441 / (00)-000-0000 |
| 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                 | 1353551177      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología |  | 2026  | 02  | 09  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

JERARD MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD APP: NIEGA, AQX: NIEGA APF: NIEGA AA: NIEGA ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO POR LA MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 3 MESES DE EVOLCUON CARACTERIZADO POR UN LUNAR UBICADO EN BRAZO IZQUIERDO QUE EN UN INICIO ERA DE MENOS DE 0.2CM APROXIMADAMENTE E IMPERSEPTIBLE AL TACTO, ACTUALMENTE EL LUNAR A AUMENTADO DE TAMAÑO MAS DE 0.5CM APROXIMADAMENTE, DE BORDER IRREGULARES Y PERSEPTIBLE AL TACTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------|--------|-----|-----|
| NEVO MELANOCITICO, SITIO NO ESPECIFICADO | D229   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-09 | 10:27 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-09 | 10:27 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |