

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| SOLORZANO        | DOMINGUEZ        | AXEL JOSUE | 02                  | 06  | 2021 | 4 años, 11 meses, 4 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        | Dirección      | No Telefónico                        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353641838        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AVDA ELOY ALFARO y CDLA SAN CAYETANO |
| 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                 | 1353641838      | 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 | Pediatría    | 2026  | 05  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

MADRE TRAE A SU HIJO A CONTROL MEDICO,AL MOMENTO NUEVAMENTE ACUDE SIN LA LIBRETA LIS. COMENTA QUE YA NO HA PRESENTADO LA SALIDA DE ABSCESOS. PERO LA LESION EN DEDO PULGAR IZQUIERDO VA AUMENTANDO DE TAMAÑO LA CUAL ES DE CRACTERISTICA VERRUGOSA UBICADA EN LA PARTE ANTERIOR DE LA MANO (PALMA), INDICA QUE EN OCASIONES CAUSA PRURITO, NO HAY PRESENCIA DE ESTA LESION EN OTRA AREA DEL CUERPO NI TAMPOCO EMANA LIQUIDOS NI SANGRE.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXÁMENES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico      | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------|--------|-----|-----|
| VERRUGAS VIRICAS | B07X   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     |                                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-06 | 11:35 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |  <div>Validar únicamente en PísmoEC.<br/>Firmado electrónicamente por:<br/><b>MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ</b></div> |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-06 | 11:35 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |