

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROLDAN	VERA	ERICK SNEIDER	03	08	2025	0 años, 4 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354675504	MANABI	CHONE	RICAUARTE	VIA QUITO y PAVON	093-906-6036 /
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	1354675504	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	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

LACTANTE DE 4 MESES DE EDAD SIN APP RELEVANTE ES TRAÍDO POR MADRE A CENTRO DE SALUD POR CUADRO DE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LESION ERITEMATOSA DE BORDES IRRGULARES, MADRE REFIERE QUE LESION HA AUMETADO DE TAMAÑO, Y HA CAMBIADO DE COLOR, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE INFECCION, REFIERE APARACION ESPONTANEA A LOS 15 DIAS DE NACIDO, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA RELEVANTE, PESO Y TALLA ADECUADOS PARA LA EDAD, SE SOLICITA REFERENCIA CON PEDIATRIA, PARA MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO	D180	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-09	09:06	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	

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
2025-12-09	09:06	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	