

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ALAVA	LEICY JULIET	26	08	2025	0 años, 5 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354690305	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LA PRENSA y SN	099-259-2485 /
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	1354690305	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	01	27
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 5 MESES DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA NACIO A LAS 40SG POR PARTO DISTOCICO, SIN NOVEDADES PRENATALES, NI POSTNATALES, ALERGIA NIEGA, APF ABUELOS PATERNOS CON HTA Y DM ACUDE EN BRAZOS DE SU MADRE A ESTE CENTRO DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO. MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA. DESARROLLO PSICOMOTOR DENVER II SIN ALTERACIÓN. DATOS ANTROPOMÉTRICOS: ACORDE A EDAD TALLA Y PESO. ALIMENTACIÓN: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. TAMIZAJES: NORMALES. ACUDE SIN SINTOMATOLOGIA, EXAMEN FÍSICO SE OBSERVAN NEVUS SIMPLEX A NIVEL NUCAL Y ESPALDA DE EXTENSIÓN MODERADA Y PLACA INDURADA DE COLORACIÓN ROJA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN MADRE REFIERE QUE LESIÓN HA IDO AUMENTANDO DE TAMAÑO DESDE EL NACIMIENTO, RESTO DE EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES, HOY AFEBRIL ALERTA Y ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	14:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-01-27	14:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	