

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOMAS	SALCEDO	LUAM RAFAEL	06	12	2025	0 años, 4 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354748343	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE COLON y	099-150-1951 /
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	1354748343	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	Dermatología	2026	05	05
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 MENOR DE 4 MESES CON ANTECEDENTE DE PRODUCTO GEMELAR DE 37 SEMANAS DE GESTACIÓN POR CESAREA, GEMELO I CON APGAR 9 - 10, PESO AL NACER 2800 GRAMOS, TALLA 48 CM, PERIMETRO CEFALICO 34 CM QUE NO AMERITARON HOSPITALIZACIÓN; QUE PRESENTA AL EXAMEN FÍSICO: ZONA PARIETO-OCCIPITAL PRESENCIA DE IMAGEN NODULAR DE CONTENIDO HEMATICO QUE CORRESPONDE A UN HEMANGIOMA QUE APARECE A LOS DOS MESES DE EDAD Y QUE AUMENTADO DE TAMAÑO EN ALTURA Y EN TORAX PRESENCIA DE LESIONES HIPOCROMICAS GENERALIZADA EN TODA SU EXTENSIÓN QUE APARECEN A LOS DOS MESES DE EDAD QUE NO AUMENTADO DE TAMAÑO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	22:10	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
GILMA ROSARIO
LLERENA ZAMBRANO

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