

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUZMAN	PAZ	ROSA MERCEDES	30	06	1985	39 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1717010464	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO	098-468-9660
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	1717010464	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2025	03	11
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS, APP NO REFIERE, AQX APENDICECTOMÍA, COLECISTECTOMÍA, ABDOMINOPLASTIA. ALERGIAS: NO REFIERE. AG5 A1 P4 HV4 (20/08/2024). ANTICONCEPCIÓN: LIGADURA. ACUDE POR ESTREÑIMIENTO CRÓNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, DEFINIDO POR REDUCCIÓN EN LA FRECUENCIA DE EVACUACIONES (MENOS DE TRES VECES POR SEMANA), ESFUERZO EXCESIVO AL DEFECAR, HECES DURAS Y SENSACIÓN DE EVACUACIÓN INCOMPLETA. NO SE ASOCIA A PÉRDIDA DE PESO, SANGRADO RECTAL NI CAMBIOS SÚBITOS EN EL HÁBITO INTESTINAL. ANTECEDENTE DE DIETA BAJA EN FIBRA Y SEDENTARISMO. SIN SIGNOS DE ALARMA QUE SUGIERAN PATOLOGÍA ORGÁNICA. ADEMÁS, REFIERE LA PRESENCIA DE UNA VERRUGA EN ÁREA GENITAL Y ESPALDA. LA LESIÓN HA SIDO NOTADA POR EL PACIENTE DESDE HACE AÑOS Y HA MOSTRADO CRECIMIENTO LENTO Y SIN DOLOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HA HABIDO CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA LESIÓN, Y NO SE ASOCIA A OTROS SÍNTOMAS, COMO SANGRADO O PRURITO. SE ENVÍA TRATAMIENTO (COLLO PLUS APLICAR UNA VEZ AL DÍA) Y REFERENCIA A DERMATOLOGÍA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VÍRICAS	B07X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	10:59	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	10:59	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	