

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| DORADO           |                  | RUBIELA | 07                  | 10  | 1979 | 45 años, 4 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |         | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| COLOMBIANO/A    | COLOMBIA       | 1727223503        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | NO APLICA y                  | 096-868-8871 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1727223503      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                                                         |  |  |                  | Fecha        |      |     |     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------|--------------|------|-----|-----|
| MSP                 | AMBULANCIA - ASVB - CHASIS 1FDSS3EL6CDA23802 - HOSPITAL BASICO NARANJAL |  |  | Consulta externa | Dermatología | 2025 | 02  | 21  |
| 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

PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE, PRESENTA NEVO A NIVEL DE MAMA DERECHA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE CRECIO Y QUE AL MOMENTO LE GENERA DOLOR Y MOLESTIA EN EL AREA, REQUIERE QUE SE LE EXTRAIGA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| NEVO MELANOCITICO DEL TRONCO | D225   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-21 | 12:48 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-21 | 12:48 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |