

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALCIVAR	GENESIS JAMILETH	30	04	1999	26 años, 5 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1750414854	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	095-974-7444 / (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	1750414854	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	10	24
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

☐

Lesión cutánea en crecimiento y dolor, sospecha de carcinoma basocelular.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE AL CENTRO DE SALUD PARA VALORACIÓN DEBIDO A UNA LESIÓN CUTÁNEA QUE INICIÓ HACE APROXIMADAMENTE UN MES COMO UNA ESPINILLA. LA PACIENTE REFIERE QUE LA LESIÓN HA IDO CRECIENDO PROGRESIVAMENTE Y RECIENTEMENTE HA APARECIDO OTRA LESIÓN CERCANA CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES, TAMBIÉN EN CRECIMIENTO. COMENTA QUE DESDE HACE 24 HORAS HA PRESENTADO DOLOR LOCALIZADO EN LA ZONA AFECTADA. NO HA OBSERVADO SALIDA DE SECRECIÓN EN NINGÚN MOMENTO. HA APLICADO ALCOHOL OCASIONALMENTE, PERO NO HA UTILIZADO OTRO TIPO DE TRATAMIENTO Y NIEGA RASCADO. REFIERE QUE LA LESIÓN ES DURA AL TACTO Y NO HA PERCIBIDO AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL. NIEGA ANTECEDENTES DERMATOLÓGICOS PREVIOS Y MENCIONA ALERGIA CONOCIDA A TRAMADOL. CELULAR 0959747444

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	C443	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-24	13:53	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-10-24	13:53	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

