

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRALES	SARCO	ODALYS ANDREA	03	02	1999	25 años, 11 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1750687491	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y	096-880-8766 /
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	1750687491	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	01	08
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

ACUDE A CONTROL MEDICO, REFIERE QUE HA CONTINUADO CON SANGRADOS TRANSVAGINALES, A SENTIDO LEVE MEJORIA POSTERIOR A LA APLICACION DE HIERRO EV, AL MOMENTO PRESENTA LESION DERMICA EN AREA DE PUNTA DE NARIZ DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN INICIALMENTE PARECIA UN COMEDON PERO POSTERIORMENTE SE CONVIRTIÓ EN ULCERA ACOMPAÑADO DE PRURITO INTENSO QUE SE EXACERBA CON EL CLIMA CALUROSO, SE ESTUVO APLICANDO AC FUSIDICO Y CLOTRIMAZOL PRESCRITO POR MEDICO, NO REFIERE SANGRADO NI ELIMINACION DE EXUDADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MELANOMA IN SITU DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	D033	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-08	09:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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