

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOZANO	PINZON	ANGELICA JOHANNA	04	01	1989	36 años, 7 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
COLOMBIANO/A	COLOMBIA	1758960890	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	JUAN MONTALVO y	096-087-4765 /
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	1758960890	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	09	03
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	☐	NEVOS / CAUTERIZACIÓN.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE POR NEVOS EN CARA ALA NASAL DERECHA E IZQUIERDA Y INFRAOBITARORIO Y OTRO EN REGIÓN DORSAL CON CAMBIO DE DOLOR, PERO BORDE REGULAR QUE GENERA MUCHO PRURITO Y AUMENTO DE TAMAÑO EN LOS ULTIMOS MESES, ADEMÁS REPORTA CEFALEA 10/10 Y EN OTRAS OCASIONES 5/5 QUE PROVOCA NÁUSEAS Y VÓMITO OCASIONAL, FOTOFOBIA+, SONOFOBIA +, UBICACIÓN FRONTAL Y OCCIPITAL, EN OCASIONES SE REAPUNTA SOBRE OJO IZQUIERDO, Y VISIÓN OSCURA PREVIO A DOLOR DE CABEZA CON TINNNITUS PREVIO AL DOLOR. 0985421727

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A LA ESPERA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCITICO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	D223		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-03	09:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-09-03	09:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

