

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRUTUS	MERA	ZENNASH NOEL	13	07	2022	3 años, 9 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1761248655	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	FRANCISCO RUEDA BLOQUE 38 Y JOSE ABARCA y	096-107-5902 /
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	1761248655	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2026	05	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 3 AÑOS EL CUAL ES TRAI DO POR SU MADRE LA MISMA QUE REFIERE QUE DESDE HACE 4 MESES PRESENTA LESIONES EN LA PIEL EN LAS MEJILLAS LAS MISMAS SON PEQUEÑOS APERLADOS BLANQUESINOS UBICADOS EN NARIZ, MEJILLAS Y FRENTE NO DUELEN NO AUMENTAN DE TAMAÑO SE ENCUENTRAN EN RACIMO NO HAY CAMBIO DE COLORACION ASEMEJAN LESIONES POR ESPINILLAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	00:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2026-05-08	00:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	