



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Sesme	CS-A	1307475275								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Villamil	Zambrano	Sandro	Fabricio	H	23-02-1972	54	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0962571990		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130350	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Dermatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 62%- QUIEN ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO DERMATOLÓGICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR APARICIÓN PROGRESIVA DE MÁCULAS HIPOPIGMENTADAS EN MIEMBROS INFERIORES- ASOCIADAS A LESIONES ERITEMATOSAS PUNTIFORMES PRURIGINOSAS- CON EXACERBACIÓN DEL PRURITO EN CONTEXTO DE CALOR-HUMEDAD Y SUDORACIÓN. PACIENTE REFIERE QUE LAS LESIONES HAN AUMENTADO GRADUALMENTE EN NÚMERO- PRESENTANDO EPISODIOS RECURRENTE DE PICAZÓN- PRINCIPALMENTE DURANTE EL DÍA Y POSTERIOR A EXPOSICIÓN PROLONGADA A TEMPERATURAS ELEVADAS. NIEGA FIEBRE- SECRECIÓN PURULENTO- DOLOR INTENSO- TRAUMA LOCAL O EXPOSICIÓN RECIENTE A SUSTANCIAS QUÍMICAS. REFIERE USO EMPÍRICO DE CREMAS TÓPICAS SIN MEJORA CLÍNICA COMPLETA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIAN MÚLTIPLES MÁCULAS HIPOPIGMENTADAS DISPERSAS EN REGIÓN DE PIERNAS- ASOCIADAS A LESIONES ERITEMATOSAS PUNTIFORMES Y ÁREAS DE EXCORIACIÓN SECUNDARIAS AL RASCADO- SIN DATOS DE SOBREINFECCIÓN BACTERIANA- SIN SECRECIONES NI ULCERACIONES. PIEL CON EVIDENCIA DE IRRITACIÓN LEVE Y PRURITO A LA EXPLORACIÓN. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES. DEBIDO A LA PERSISTENCIA Y RECURRENCIA DEL CUADRO DERMATOLÓGICO- SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA- DESCARTE DE DERMATITIS CRÓNICA- MICOSIS SUPERFICIAL O TRASTORNO HIPOPIGMENTARIO- Y MANEJO ESPECÍFICO SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
N/A

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Trastorno De La Pigmentacion No Especificado		L819		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-24	11:38	Keily	Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313408427				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO	

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO



--	--	--	--	--	--

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	