

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AURIA	GAMBOA	PAMELA MAITE	22	05	2009	16 años, 3 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0950518027	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN CAYETANO y	098-289-8085 / (09)-978-2430
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	0950518027	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Dermatología	2025	09	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

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS SIN PATOLOGÍAS DE BASE ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA REALIZAR EXAMEN MEDICO CONTROL, REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 AÑO Y MEDIO CARACTERIZADO POR PRESENTAR MACULAS HIPOCROMICAS DISPERSAS PRINCIPALMENTE EN EL ROSTRO, PACIENTER REFIERE QUE HA SEGUIDO TRATAMIENTO CON PASTILLAS Y CREMAS PERO QUE LAS LESIONES HAN IDO AUMENTANDO EN CANTIDAD Y TAMAÑO, EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS, TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS. NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO PRESENTA TIRAJE INTERCOSTAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, GENITALES: NORMALES CONSERVADOS, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS. ADOLESCENTE INDICA QUE NO HA INICIADO SU VIDA SEXUAL .- SE REALIZA ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE: FAMILIA NUCLEAR VIVE EN CASA CON SU MADRE, PADRE Y HERMANAS. FAMILIA FUNCIONAL, NO SE DETECTA CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL, CIGARRILLOS O DROGAS, NO SE DETECTA PERDIDA DE AUDICIÓN, NO SE DETECTA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. .-SU CUERPO ESTA CONFORME Y TIENE BUEN ESTADO DE ANIMO. .-SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA: PACIENTE NO REFIERE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA. .-PASA ATENCIÓN INTEGRAL ODONTOLOGÍA, NUTRICIÓN Y PSICOLOGÍA. .-SE BRINDA CHARLA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE, ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, CORRECTO USO DEL PRESERVATIVO, SE VERIFICA ENTENDIMIENTO DE LA CHARLA. .-SE BRINDA CHARLAS SOBRE: ASESORÍA EN PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA ASESORÍA SOBRE AUTOESTIMA, ASESORÍA EN SEXUALIDAD RESPONSABLE Y SALUDABLE, ASESORÍA EN PROYECTO DE VIDA Y TOMA DE DECISIONES INFORMADAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA PIGMENTACION	L818	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	10:51	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2025-09-08	10:51	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	