

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYNA	LOOR	MARIA MERCEDES	24	10	1954	70 años, 11 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304404526	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-688-6736 /
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	1304404526	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	10	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

☐

PERDIDA DE PIGMENTACION DE RAPIDO AVANCE EN REGION FACIAL

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 70 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA DE LARGA DATA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD, ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG QC, CLORTALIDONA 50 MG QD, DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADA CON METFORMINA 500 MG QD, ANTECEDENTES DE VITILIGO HACE 10 AÑOS EN TRATAMIENTO TOPICO, REFIERE AL MOMENTO AGUDIZACION DEL CUADRO CON PERDIDA DE PIGMENTACION EN REGION FACIAL QUE AVANZA DE MANERA RAPIDA, CAIDA CAPILAR, AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, COLABORA CON INTERROGATORIO, MENCIONA QUE NECESITA CONTROL POR DERMTOLOGIA CELULAR CONTACTO 0968635429

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VITILIGO	L80X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-03	09:34	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-10-03	09:34	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

