

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |              |                     |     |      |                           |         |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
| CEDEÑO           | GUADAMUD         | TANIA ISABEL | 11                  | 09  | 1967 | 58 años, 0 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

|                 |                |                   |                     |        |                |                                                  |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        | Dirección      | No Telefónico                                    |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305285619        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA LOS NARANJOS y 099-328-9937 / (05)-258-5547 |
| 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                 | 1305285619      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

|                     |                                          |  |                  |              |       |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Dermatología | 2025  | 10  | 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

refiere paciente que tiene problemas de laceración en el cuero cabelludo de 8 meses de evolución ahora tiene según el ras (revisión de aparatos y sistema) una dermatitis seborreica... a parte de eso tiene una posible queratosis seborreica...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

para su análisis...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------|--------|-----|-----|
| QUERATOSIS SEBORREICA | L82X   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO          | FIRMA                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-08 | 13:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE</b><br>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 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-10-08 | 13:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |