

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VI LLAM I L      | Z AM BRAN O      | SANDRO FABRICIO | 23                  | 02  | 1972 | 54 años, 2 meses, 17 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | I d e n t i f i c a c i ó n | Lugar de residencia |        |           | D i r e c c i ó n                          | No Telefónico              |
|-----------------|----------------|-----------------------------|---------------------|--------|-----------|--------------------------------------------|----------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307475275                  | MANABI              | CHONE  | RICAURTE  | CALLE WASHINGTON y ENTRE COLON Y PICHINCHA | 098-134-5099 /             |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos           | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria               | Co nv e cio n l/ Ce lula r |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | D istricto / A re a |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|---------------------|
| MSP                 | 1307475275      | SESME                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4      |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                  |  | F e c h a |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------|--|-----------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología     |  | 2026      | 05  | 05  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | E spe cia lida d |  | 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 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 RECURRENTES 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.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

| D i a g n ó s t i c o                                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DE LA PIGMENTACIÓN DE LA PIEL, NO ESPECIFICADO. | L81.9  |     | X   |

| FECHA        | HORA  | E S P E C I A L I D A D | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                     |
|--------------|-------|-------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026- 05- 05 | 15:29 | Medicina Rural          | KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO | 1313408427 |  <div>Validar únicamente en FirmaEC.<br/>Firmado electrónicamente por:<br/><b>KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO</b></div> |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | E s p e c i a l i d a d |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|-------------------------|
|                     |                 |                          |      |          |                         |

| Contrarefieri o Referencia inversa a: |                          |      |                           | F e c h a |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------------------|-----------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /                         |           |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | D i s t r i t o / A r e a | día       | mes | año |
|                                       |                          |      |                           |           |     |     |

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| D i a g n ó s t i c o | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------|--------|-----|-----|
|                       |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o com plejidad

| FECHA        | HORA  | E S P E C I A L I D A D | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|--------------|-------|-------------------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026- 05- 05 | 15:29 | Medicina Rural          | KEILY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO | 1313408427 |       |

