

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ZAMBRANO	NIEVE DOLORES	01	08	1981	44 años, 1 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309479135	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	5 DE JUNIO y	099-150-5830 / (09)-915-0583
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	1309479135	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	05	
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 44 AÑOS CON ANTECEDENTES DE VITILIGO DE LARGA DATA ACUDE A CONSULTA PORQUE REFIERE LA PRESENCIA DE LESIONES DERMICAS MACULARES HIPOCROMICAS A NIVEL DEL CUELLO PRINCIPALMENTE QUE REFIERE QUE SE LE HA EXTENDIDO LEVEMENTE Y QUE ADEMAS LE OCASIONA DOLOR AL EXPONERSE A LOS RAYOS SOLARES, INDICA QUE NO HA TENIDO CONTROL POR ESPECIALIDAD, NIEGA OTROS SINTOMAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON RESULTADOS DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VITILIGO	L80X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-05	12:27	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO ELECTRONICAMENTE 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 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
2025-09-05	12:27	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	