

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ALCIVAR	MARIANA DEL JESUS	24	02	1982	44 años, 0 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	1310748163	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	BYPAS VIA QUITO y	098-125-9945 /
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	1310748163	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	03	13
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, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR APARICIÓN PROGRESIVA DE MANCHAS HIPERPIGMENTADAS COLOR CAFÉ Y NEGRUZCAS EN REGIÓN FACIAL, ASÍ COMO MANCHAS EN MIEMBROS SUPERIORES, ASOCIADAS A RESEQUEZ CÚTANEA; REFIERE QUE LAS LESIONES SE EXACERBAN CON LA EXPOSICIÓN SOLAR, PRESENTANDO PRURITO Y SENSACIÓN DE INFLAMACIÓN EN LA PIEL. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVAN MÁCULAS HIPERPIGMENTADAS DE BORDES IRREGULARES EN REGIÓN MALAR Y FRONTAL, SE INDICAN MEDIDAS GENERALES, FOTOPROTECCIÓN Estricta, USO DE PROTECTOR SOLAR DE AMPLIO ESPECTRO Y SE REALIZA REFERENCIA A SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y MANEJO ESPECÍFICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO REFIERE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CLOASMA	L811	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-13	09:15	Medicina Rural	LUISA MARIA MENDOZA ALCIVAR	1315226454	

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
2026-03-13	09:15	Medicina Rural	LUISA MARIA MENDOZA ALCIVAR	1315226454	

