

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUADAMUD	MARCILLO	MARIA MAGDALENA	24	08	1988	37 años, 4 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311445884	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SABANA y	096-261-0597 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1311445884	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	01	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	☐	CICATRIZ QUELOIDE CON ALTEREACIONES	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE AÑOS DE 37 EDAD, ACUDE A CONSULTA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 2 PARTOS: 2 CESAREAS: 0 ABORTOS: 0. MENARQUIA: 9 AÑOS, FUM: 22/12/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: NORETISTERONA + VALERATO DE ESTRADIOL POR 3 AÑOS. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. REFIERE PRESENTAR SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD URINARIA, MENCIONA DISURIA POLAQUIURIA, DISPAREUNIA, SECRECIONES BLANQUECINAS, GRUMOSAS, QUE CAUSAN PRURITO VULVAR INTENSO . AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN EXTREMIDAD SUPERIOR CON EVIDENTE CICATRIZ EN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA POSTERIOR A INSERCION DE VACUNACION DE LARGA DATA CICTARIZ CON APARIENCIA QUELOIDE, MENCIONA QUE CAUSA PRURITO, EDEMA, LESIONES PUSTULOSAS Y PURULENTAS DE MANERA FRECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA --- 0962610597

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CICATRIZ HIPERTROFICA	L910		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-08	08:25	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 clínico

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
2026-01-08	08:25	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

