

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ESPINOZA	VICTOR ALEJANDRO	27	04	1991	35 años, 2 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313911313	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA 6 DE DICIEMBRE y	098-099-1531 /
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	1313911313	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	07	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

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE MANCHAS EN LA PIEL DE LOCALIZACIÓN VARIABLE, DE APARICIÓN INSIDIOSA Y PERSISTENCIA EN EL TIEMPO, LAS CUALES HAN GENERADO PREOCUPACIÓN AL PACIENTE DEBIDO A CAMBIOS EN SU COLORACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CUTÁNEAS. REFIERE ALTERACIÓN ESTÉTICA Y MOLESTIAS ASOCIADAS A LAS LESIONES, SIN MEJORÍA CON MEDIDAS GENERALES REALIZADAS PREVIAMENTE. DURANTE LA VALORACIÓN SE CONSIDERA NECESARIO REALIZAR ESTUDIO ESPECIALIZADO DE LAS LESIONES CUTÁNEAS PARA DETERMINAR SU ETIOLOGÍA, DESCARTAR PROCESOS DERMATOLÓGICOS INFECCIOSOS, INFLAMATORIOS, ALÉRGICOS, ALTERACIONES PIGMENTARIAS U OTRAS PATOLOGÍAS DE PIEL QUE REQUIERAN MANEJO ESPECÍFICO. POR LA PERSISTENCIA DEL CUADRO, LA PRESENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS NO DIAGNOSTICADAS Y LA NECESIDAD DE VALORACIÓN ESPECIALIZADA, SE INDICA REFERENCIA AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, DERMATOSCOPIA SI ES NECESARIO, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y DEFINICIÓN DE TRATAMIENTO SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO	L989		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	10:49	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-08	10:49	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

