

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	MORALES	ANDRES SEBASTIAN	09	01	2007	18 años, 7 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313914572	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	099-848-6767 /
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	1313914572	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	08	18
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 ☐	CONTROL CON DERMATOLOGIA.-

3. Resumen del cuadro clinico

ADOLESCENTE ES TRAÍDO POR FAMILIARES A CONTROL MEDICO, PRESENTA ESTORNUDO EN VARIAS OCASIONES EN EL DÍA, CON DIFICULTAD PARA DEGLUTIR, SE REALIZA REVISIÓN A NIVEL DE AREA BUCAL SE OBSERVA AMÍGDALAS HIPEREMICAS.- COMENTAN FAMILIARES ADEMAS QUE MANTIENE CONTROL CON DERMATOLOGIA DEBIDO A CUADRO DE ACNE VULGAR QUE PRESENTA EN ROSTRO EN FORMA DE COMEDONES Y PUSTULAS.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXÁMENES.-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACNE VULGAR	L700		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	10:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 FIRMA electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ Validar únicamente con FIRMAC

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
2025-08-18	10:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

