

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	QUIJIJE	GABRIELA SHASHENKA	27	09	2004	21 años, 2 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314642404	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	IGNACIO ANDRADE y	099-985-0126 /
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	1314642404	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	12	04
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 ACUDE A VALORACION MEDICA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 8 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LESIONES UNIFORMES, ROJAS LAS CUALES SE FUERON CAMBIANDO A COLOR NEGRUZCO , ACOMPÑADAS DE PRURITO, LESIONES APARECIERON EN AREA DE ESPALDA, CARA, REFIERE QUE SOLO USABA DIARIO UN JABON DERMATOLOGICO, REFIERE QUE EN ESE PERIODO ESTABA EN GESTACION, POSTERIOR AL PARTO LESIONES SE HAN INTENSIFICADO E AREA DE ESPALDA Y CARA CON COLOR NEGRUZCO.REFIERE HACE 2 MESES SE COLOCÓ IMPLANTE SUBDERMICO ANTICONCEPTIVO CON EL CUAL HA NOTADO EXCERBACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REFIERE PRA VALORACION POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS ACNES	L708		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	15:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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