

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno y materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO MENDOZA		MARIA STEFANIA		10	09	1996	29	F
				día	mes	año		
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio	N. Telefónico	
Ecuador	Ecuador	1314943372	MANABÍ	TOSAGUA	131552	TOSAGUA -ESTANSILLO	0989421394	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area
DIRECCION NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL	1314943372-1	CENTRO DE SALUD CHONE	PRIMER NIVEL	CHONE
Referido o Deriva a:				Fecha
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL GENERAL DR NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Ambulatorio	DERMATOLOGIA	2026-07-17
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud Actual	Servicio	Especialidad	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive	1	☒	Saturación de capacidad instalada	4	☐
Ausencia temporal del profesional	2	☐	Otros / Especifique:	5	☐
Falta de profesionales	3	☐			

3.Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 29 AOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DERMATITIS CRNICA A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA EVOLUCIN CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE LESIONES ESCAMATIVAS EN PIEL LOCALIZADAS EN ESPALDA QUE SE EXAERBA A LA EXPOSICIN DEL SOL Y QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO MDICO NI TPICO POR LO QUE REQUIERE VALORACIN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGA

4.Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REQUIERE VALORACIN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGA

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1 Dermatitis, no especificada	L309		X
2			

Nombre del profesional: CARMEN ALEXANDRA BRAVO MENDOZA Código MSP: 1310684772 Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		

2.Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional: Código MSP: Firma:

7.Referencia Justificada ☒

