

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	BRAVO	LADY VICTORIA	28	08	1993	31 años, 6 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315090215	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS CHONANAS y SD	096-753-2462 /
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	1315090215	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	03	09
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 FEMENINA CON APP: HIPOTIROIDISMO, NEFRECTOMIA IZQ HACE 8 AÑOS CAUSADA POR OBSTRUCCIÓN LITIASICA. OBESIDAD. SE ENCUENTRA EN ESTUDIO POR PRESENTAR INSULINO RESISTENCIA Y VALORES DE TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA. REFIERE QUE NO SE CUIDA EN LA ALIMENTACIÓN Y NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA. APF: PADRE Y FAMILIA PATERNA CON DIABETES TIPO 2. AL MOMENTO PRESENTA MANCHA HIPERCROMICAS EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, VALORADA POR VARIOS MÉDICOS SIN MEJORÍA ALGUNA. SE ENVÍA PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA PIGMENTACION, NO ESPECIFICADO	L819		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-09	22:33	Medicina General	TATIANA CAROLINA CUADROS VERA	1312535550	

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
2025-03-09	22:33	Medicina General	TATIANA CAROLINA CUADROS VERA	1312535550	