

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MOLINA           | ZAMBRANO         | MAGALY MARILU | 24                  | 06  | 1994 | 32 años, 0 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315410488        | MANABI              | JUNIN  | JUNIN     | CALLE VELASCO IBARRA y SN    | 096-317-7893 /      |
| 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                 | 1315410488      | MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D06 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Dermatología | 2026  | 07  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Femenina de 32 años de edad que en le día de hoy acude a nuestra consulta refireindonos que hace 8 meses viene presentando acné en la cara que no mejora con medicacion, se mantiene con buen apetito, necesidades fisiológicas normales |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|         |
|---------|
| ninguna |
|---------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------|--------|-----|-----|
| ACNE CONGLOBADO | L701   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD              | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-15 | 10:10 | Medicina General Integral | JAVIER ANDRES CARRERA HURTADO | 0802980185 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-15 | 10:10 | Medicina General Integral | JAVIER ANDRES CARRERA HURTADO | 0802980185 |       |