

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	VERGARA	MITZY CARELIS	26	12	2006	19 años, 2 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315516508	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO SECTOR 2 y	096-708-4613 /
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	1315516508	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	02	27
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 ☐

MANCHAS OSCURAS SUPERFICIALES EN TORAX, ABDOMEN Y EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS CON APP PSORIASIS DX HACE 3 AÑOS. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR PERSISTENCIA DE MANCHAS OSCURAS SUPERFICIALES EN TORAX, ABDOMEN Y EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA, NIEGRA PRURITO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL. AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE REVALORA PRESION ARTERIAL 123/82, PACIENTE DESEA RETIRAR CARNET DE PLANIFICACION FAMILIAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MANCHAS OSCURAS SUPERFICIALES EN TORAX, ABDOMEN Y EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-27	09:18	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-02-27	09:18	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

