

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BRAVO	GIMENA ROSARIO	18	05	2009	16 años, 2 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316005212	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y	098-525-2224 /
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	1316005212	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	07	28
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 DE 16 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CITA MEDICA DE CONTROL EN COMPAÑIA DE SU MAMA. APP NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, APQX NO REFIERE. PACIENTE EN CONTROL POR ACNE, EN TRATAMIENTO CON ADAPALENO, PEROXIDO DE BENZOILO. PACIENTE REFIERE QUE HA DEJADO DE APLICARSE EL TRATAMIENTO POR RESEQUEDAD Y ARDOR CUTANEO AL APLICARSELAS. REFIERE DESCAMACION FRECUENTE Y RESEQUEDAD EN PALMAS DE LAS MANOS, SE LE INDICO UREA 5% EN CREMA PERO REFIERE QUE LE CAUSA IRRITACION. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVAN LESIONES DE TIPO ACNE NODULAR EN MEJILLAS Y BARBILLA. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE BRINDA ASESORIA EN METODOS ANTICONCEPTIVOS Y SEXO SEGURO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACNE, NO ESPECIFICADO	L709		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	13:56	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

Firmado electrónicamente por:
CARLOS ANTONIO
VILLACIS DE LA CRUZ
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-07-28	13:56	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	