

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	BRAVO	JESUS PATRICIO	11	12	2004	21 años, 4 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316170065	MANABI	JUNIN	JUNIN	SITIOMENDOZA y SN	098-525-8273 /
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	1316170065	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	04	22
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 MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CAIDA DE CABELLO QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CAIDA DE CABELLO EXCESIVA SIN CAUSA APARENTE, SI HAY STRESS, CABELLO DELGADO, SE REALIZO TRATAMIENTO CON COLAGENO Y VITAMINA E, MOSTRANDO QUE ENGROSO LA HEBRFA CAPILAR PERO LA CAIDA SE MANTIENE. SE RECIBEN RESULTADOS DE EXAMENES Y COMENTAMOS HEMOGLOBINA 17, WBC 6, TSH 1,95, T3 LIBRE 1.75, T4 LIBRE 2.01 UREA 30, CREATININA 1, TGO 21, TGP 25. POR LA EVOLUCION Y LA NO MEJORIA CLINICA, SE DECIDE REFERIR A DERMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HEMOGLOBINA 17, WBC 6, TSH 1,95, T3 LIBRE 1.75, T4 LIBRE 2.01 UREA 30, CREATININA 1, TGO 21, TGP 25.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALOPECIA ANDROGENA, NO ESPECIFICADA	L649		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	15:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-04-22	15:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	