

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANDELA	CEDEÑO	ISMENIA CAROLINA	01	02	2000	26 años, 5 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317236071	MANABI	CHONE	RICAURTE	LA MATUTINA y	096-920-3385 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1317236071	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	07	06
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 26 AÑOS ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR HIPERPIGMENTACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR, MIEMBROS INFERIORES Y ZONA GLÚTEA ACOMPAÑADA DE RESEQUEDAD Y PRURITO INTENSO + ARDOR. INCREMENTA CON EL SOL. FOTOSENSIBLE, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA PARA MANEJO Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: Hepatitis C Anticuerpos Totales (HCV) Negativo Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo HIV 4ta Generación No reactivo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE HIPERPIGMENTACION MELANODERMICA	L814		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	10:34	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-07-06	10:34	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	