

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BONES	VELIZ	SUGEIDY ANALIA	06	12	2011	14 años, 6 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317591111	MANABI	CHONE	CONVENTO	PEDRO VERA FAULA y 1 DE MAYO	099-559-5346 / (05)-302-8665
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	1317591111	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	07	03
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 14 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE AQX: NO REFIERE APF: NO REFIERE FUM 3 DE JUNIO DEL 2026 SE HACE ATENCION AMIGABLE ADOLESCENTE YA QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REVALORACION YA QUE HACE 3 DIAS VINO POR LA APARICIÓN DE LESIONES PAPULARES DISTRIBUIDAS EN REGIÓN TORÁCICA Y PARAVERTEBRAL MÁCULA OVALADA DE 1 CM DE DIÁMETRO MAYOR, LOCALIZADA EN EL TÓRAX, DE BORDES BIEN DEFINIDOS, COLORACIÓN HOMOGÉNEA, PLANA, NO PALPABLE Y SIN CAMBIOS APARENTES EN LA SUPERFICIE CUTÁNEA CIRCUNDANTE.PACIENTE TRATADA CON CORTICOIDES TÓPICOS Y ORALES SIN MEJORÍA APARENTE . REQUIERE DE VALORACIÓN POR ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MÁCULA OVALADA DE 1 CM DE DIÁMETRO MAYOR, LOCALIZADA EN EL TÓRAX, DE BORDES BIEN DEFINIDOS, COLORACIÓN HOMOGÉNEA, PLANA, NO PALPABLE Y SIN CAMBIOS APARENTES EN LA SUPERFICIE CUTÁNEA CIRCUNDANTE.PACIENTE TRATADA CON CORTICOIDES TÓPICOS Y ORALES SIN MEJORÍA APARENTE . REQUIERE DE VALORACIÓN POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PITIRIASIS VERSICOLOR	B360		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	16:14	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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
2026-07-03	16:14	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

