

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GUAMAN           | ZAMBRANO         | JOSTIN ANDRES | 01                  | 03  | 2008 | 16 años, 9 meses, 1 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317676490        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SN y                         | 099-560-3741 /       |
| 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                 | 1317676490      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                     |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|-------------------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| Red Complementaria  | hospital napoleon davila cordova... | Consulta externa | Dermatología | 2024  | 12  | 02  |
| 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

despigmentacion corporal de un año de evolución prurito cuando hay sol, trae examnes médicos, leucocitos 4.42 hb 16.1 plaquetas 295. helicobacter p negativo pero le sale parasitos en heces... ademas tiene una tumefaccion de pierna izquierda y derecha en region proximal de perone... posble causa benigna un quiste de hueso... entidad poco frecuente...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

para la evaluacion... sobre la despigmentacion cronico...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO DE LA PIGMENTACION, NO ESPECIFICADO | L819   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO          | FIRMA                                                                                                                                                 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024-12-02 | 10:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2024-12-02 | 10:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE | L42 F40<br>N119 |       |

