

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	OLMEDO	RUTH ANABELA	06	07	2011	14 años, 0 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350032726	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BELLAVISTA ALTA y BELLAVISTA ALTA	098-021-1073 /
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	1350032726	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	07	14
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 DE 14 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: HTA (PAPA) DIABETES MELLITUS (MAMA), ACUDE CON HERMANA POR REFERENCIA A DERMATOLOGÍA YA QUE REFIERE LLEVABA SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD, PERO YA PERDIO EL SEGUIMIENTO. PACIENTE DOLOR ABDOMINAL OCASIONAL SEGUIDO DE HECES BLANDAS DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN. TAMBIEN REFIERE SECRECIÓN VAGINAL, NO MAL OLOR, NO PRURITO, Y DISURIA DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN. AL EXAMEN FISICO LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN REGIÓN PELVICA. SE OBSERVA TAMBIEN MANCHAS BLANCAS EN CUERO CABELLUDO Y EN REGIÓN FRONTAL.AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0980211073 // 0963000707

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PITIRIASIS VERSICOLOR	B360		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-14	11:39	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-07-14	11:39	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	