

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	TANIA MAYLI	17	08	2010	15 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350619589	MANABI	CHONE	RICAU RTE	RICAU RTE y	099-999-9999 / (00)-000-0000
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	1350619589	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	05	28
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 15 AÑOS DE EDAD, APP; DERMATITIS, APF : MAMA DERMATITIS, ALERGIA: NO REFIERE , APQ; NO REFIERE. ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION, POR LESIONES EN PIEL TIPO MACULAS ACROMICAS PRURIGINOSAS ACOMPAÑADA DE PICOR MODERA QUE SE EXHASERVA CON EL CALOR Y SUDOR. PACIENTE REFIERE QUE ESTABA EN SEGUIMIENTO CON DERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA SIN EMBARGO USUARIO REPORTA QUE PERDIO SEGUIMIENTO DEL MISMO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO SIN OTRA SINTOMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE MULTIPLES LESIONES HIPOCROMICAS/ACROMICAS TIPO MACULAS, DE BORDES PARCIALMENTE DEFINIDOS, DISTRIBUIDAS EN TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES, ASOCIADAS A PRURITO MODERADO. PACIENTE REFIERE EXACERBACION DE SINTOMATOLOGIA CON CALOR Y SUDORACION. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE SOBREINFECCION BACTERIANA, SECRECION NI LESIONES ULCERATIVAS AL MOMENTO DE LA VALORACION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PITIRIASIS VERSICOLOR	B360	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	15:02	Medicina Rural	JOSE DAVID RIVERA LINO	1313828921	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JOSE DAVID RIVERA LINO

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
2026-05-28	15:02	Medicina Rural	JOSE DAVID RIVERA LINO	1313828921	

