

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	ZAMBRANO	SHIRLEY GUADALUPE	08	07	2013	12 años, 9 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351506124	MANABI	CHONE	RICAU RTE	SESME DOS y	098-702-1986 / (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	1351506124	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	04	10
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 12 AÑOS ACUDE POR APP DE LESIONES PIGMATGADAS A NIVEL DE CUELLO QUE SE EXPANDEN A TRONCO SIN MEJORIA MOMENTANEA DESDE HACE 3 AÑOS. ANTECEDENTES PERSONALES: NO REFIERE ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE ESQUEMA DE VACUNAS: COMPLETO. REFEIRE APLICAR CLOTRIMAZOL SIN MEJORIA. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A DERMATOLOGIA PARA SU RESPECTIVA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES COMPLEMENTARIOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	12:12	Medicina Rural	KELY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	

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
2026-04-10	12:12	Medicina Rural	KELY MISHEL VILLAMIL ZAMBRANO	1313408427	