

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SACON	JHON ALEXANDER	30	08	2002	23 años, 7 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351564230	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	099-232-6073 /
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	1351564230	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	04	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

HOMBRE DE 23 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA APQ NIEGA ALERGIA TRIMETRIPIIM/SULFA APF ABUELA MATERNA CON HTA ABUELO MATERNO CA PULMON (+) ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR REFERIR PRESENCIA DE VESICULAS EN CUERO CABELLUDO DE 1 AÑO DE EVOLUCION. EPISODIOS DE EXACERBACION INCLUYEN INFLAMACION Y SALIDA DE LIQUIDO PURULENTO. REFIERE USO PROLONGADO DE MEDICACION ANTIFUNGICA KETOCONAZOL 2% CREMA CUTANEA, SHAMPOO KETOCONAZOL 2% MAS HIDROCORTISONA 1% CREMA, SIN MEJORIA DE CUADRO CLINICO. TAMBIEN REFIERE LESION DERMICA DE COLOR BLANCA A NIVEL DE TOBILLO DERECHO DE 6 MESES DE EVOLUCION AL EXAMEN FISICO CABEZA SE EVIDENCIA EN PARTE POSTERIOR DE CUERO CABELLUDO PRESENCIA DE VESICULAS SIN MATERIAL PURULENTO MIEMBRO INFERIOR DERECHO LESION TIPO MANCHA HIPOCROMICA A NIVEL DE REGION PROTUBERANCIA OSEA DEL PERONE DE TAMAÑO DE 2CM APROXIMADAMENTE HOY ALERTA Y ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-28	12:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-04-28	12:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	