

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RENTERIA	LOOR	DOMENICA NOHEMY	08	09	2014	11 años, 4 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351905102	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA AURORA y	099-012-6357 /
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	1351905102	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2026	01	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 11 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE E INDICA CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR LESION DERMICA MACULAR HIPOCROMICA QUE RODEA A UNA MARCA DEL NACIMIENTO QUE SEGUN SU MADRE SE HA MOVIDO HACIA ARRIBA. AL MOMENTO NIEGA SINTOMATOLOGÍA, AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEVO MELANOCITICO, SITIO NO ESPECIFICADO	D229	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	15:36	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-28	15:36	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	