

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PASMIÑO	VILLACIS	JOSE REYNALDO	08	02	2015	11 años, 2 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352045387	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA BAHIA y SN	095-959-7017 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area	
MSP	1352045387	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2026	04	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADOLESCENTE 11 AÑOS 2 MESES DE EDAD, APF DE VITILIGO (ABUELO MATERNO), APP: DESNUTRICIÓN CRÓNICA. REFIERE LESIONES HIPOCROMICAS EN CARA DORSAL DE PIERNAS Y BRAZOS, DE TAMAÑOS VARIABLES, LA MAS GRANDE DE 2-3 cm DE DIÁMETROS DE +/- UN MES DE EVOLUCIÓN, LAS CUALES HA IDO CRECIENDO CON EL TIEMPO. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA ****0985586629 - 0980259625 ****

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIONES HIPOCROMICAS EN CARA DORSAL DE PIERNAS Y BRAZOS, DE TAMAÑOS VARIABLES, LA MAS GRANDE DE +/- 2-3 cm DE DIÁMETRO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VITILIGO	L80X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-04-29	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

