

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | MEJIA            | PEDRO JOSE | 19                  | 09  | 2015 | 9 años, 4 meses, 5 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352196974        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | A y A                        | 096-970-0230 /      |
| 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                 | 1352196974                               | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Pediatría    | 2025           | 01  | 24  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MASCULINO DE 9 AÑOS, NO SE REFIERE ANTECEDENTES CLINICOS O QUIRURGICOS, PACIENTE CUADRO DE 3 MESES DE EVOLUCION, DE LESION EN PIERNA DERECHA QUE CORRESPONDE A MACULA HIPOPIGMENTADA DE BORDES BIEN DEFINIDOS Y SOOBRE ELEVADOS, E IRREGULARES EN REGIÓN MEDIAL DE RODILLA DERECHA QUE A CRECIDO, SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                          |
|--------------------------|
| VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO |
|--------------------------|

5. Diagnóstico

|                                           |  |        |     |     |
|-------------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| Diagnóstico                               |  | CIE-10 | PRE | DEF |
| LEUCODERMIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE |  | L815   | X   |     |

|            |       |                |                                 |            |       |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
| 2025-01-24 | 11:14 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |

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 |
| 2025-01-24 | 11:14 | Medicina Rural | JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO | 1310972573 |       |