

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	HIDROVO	MERLIA BETZABETH	15	03	2016	10 años, 0 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352319428	MANABI	JUNIN	JUNIN	SN y SN	096-000-4831 /
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	1352319428	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	03	25
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 ESCOLAR DE 10 AÑOS DE EDAD, CON APP DE LEUCODERMIA, RINITIS ALÉRGICA, ALÉRGICA A TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL, ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR LESIÓN DERMICA DE BORDES MAL DEFINIDOS, ERITEMATOSA, DE 6 CM DE DIÁMETRO EN REGIÓN DE LA PELVIS IZQUIERDA, CON SIGNOS INFLAMATORIOS PRESENTES, ADEMÁS PRESENTA TAMBIÉN LESIONES DE 1 CM DE DIÁMETRO CON SIMILARES CARACTERÍSTICAS EN ANTEBRAZO IZQUIERDO Y REGIÓN INGUINAL DERECHA, DOLOROSAS, QUE GENERAN PRURITO, HA ESTADO EN SEGUIMIENTO CON DERMATOLOGIA Y ALERGOLOGIA QUE NO HA PODIDO MANTENER SEGUIMIENTO PUESTO QUE SALIERON DEL SEGURO Y NO HA PODIDO CONTINUAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIONES EN PIEL EN FORMA DE PLACA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	15:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-03-25	15:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	