

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MOREIRA          | PONCE            | JOSENKA KATALEYA | 26                  | 07  | 2017 | 8 años, 9 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                             | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|---------------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352768962        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CALLE ORESTEDES ANDRADE y 13 DE ABRIL | 099-865-2558 / (05)-269-9131 |
| 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                 | 1352768962      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  | Fecha        |      |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Dermatología | 2026 | 05  | 08  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

ESCOLAR FEMENINA DE 8 AÑOS ES ATENDIDA EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR MANCHAS BLANCAS EN ROSTRO A NIVEL DE REGIÓN OCULAR Y PARPADOS DE +- 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADAS POR BORDES ACTIVOS COLOR ROJO Y CENTRO AS PERO COLOR BLANCAS . AL MOMENTO ESTABLE ACTIVA ORIENTADA CON VARIOS TRATAMIENTOS SIN MEJORIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|
| DERMATOSIS NO INFECCIOSA DEL PARPADO | H011   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-08 | 09:28 | Medicina General | MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO | 1310206840 |  |

Validar únicamente en FirmaEC.  
Firmado electrónicamente por:  
MARIA ELIZABETH  
ANDRADE ZAMBRANO

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-05-08 | 09:28 | Medicina General | MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO | 1310206840 |       |