

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MERO	FRANKLIN RENATO	26	11	2010	15 años, 5 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351086077	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA PORTOVIEJO y SN	099-967-3970 /
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	1351086077	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	05	04
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 CON AP DE SALUD APARENTE, REFIERE ERITEMATOSIS EN TODA LA CARA, SOBRETOD DE LADO DERECHO, DE +/- 6 MESES DE EVOLUCIÓN QUE A PESAR DEL TTO MEDICO (PORTIL EN CREMA) NO HA MEJORADO, SE EXACERBA AL ESTAR EN EL SOL, ACOMPAÑADO DE INTENSO PRURITO, NIEGA OTROS SÍNTOMAS,. TANNER ESTADIO IV. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. *** 0983081028 - 0978666632 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIÓN ERITEMATOSA DISEMINADA EN TODA LA CARA, SOBRETOD DE LADO DERECHO, LLEGANDO AL LA MITAD DE LA CARA LATERAL DEL CUELLO DEL MISMO LADO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MICOSIS SUPERFICIALES ESPECIFICADAS	B368	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	12:59	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
2026-05-04	12:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

