

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	ZAMBRANO	KARINA ALEJANDRA	04	06	1988	37 años, 8 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1719425694	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CULEBRA y	098-899-4731 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1719425694	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	02	12
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	☐	MANCHAS OSCURAS EN ROSTRO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 37 AÑOS, APP: ASMA BRONQUIAL CON ALERGIA DOMINANTE, POLIARTRALGIAS , APF: HTA (MAMA) DIABETES (HERMANAS). AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA REACTIVA, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO DE HACE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MANCHAS OSCURAS EN ELROSTRO Y DOLOR ARDOR EN ESTOMAO. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL ACTIVA REACTIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MANCHAS OSCURAS EN ROSTRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA PIGMENTACION, NO ESPECIFICADA	L819		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-12	11:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-02-12	11:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	