

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LEIVA            | ARTIAGA          | NATHALIA CARMEN | 27                  | 10  | 2007 | 17 años, 11 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1727078808        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CANUTO y CANUTO              | 098-719-2847 /      |
| 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                 | 1727078808      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología |  | 2025  | 10  | 02  |
| 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 DE 17 AÑOS 11 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR LESION DERMICA QUELOIDE DE MAS O MENOS 3CM DE DIAMENTRO DE BORDES DEFINIDOS EN PABELLON AURICULAR IZQUIERDO, SOLICITA REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO,SE LE BRINDA ATENCION AMIGABLE DEL ADOLESCENTE. PACIENTE RESIDENTE EN JABONCILLO EN COMPAÑIA HERMANA, FAMILIA FUNCIONAL. YA TERMINO EL BACHILLERATO,MENCIONA QUE REALIZA ACTIVIDADES GRUPALES, NO CONSUMO DE DROGAS NI ALCOHOL, NO SE DETECTA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, MENCIONA QUE SE CONSIDERA ACEPTADA, NO SE HA SENTIDO TRISTE NI DEPRIMIDA, SE SIENTE CONFORME CON SU CUERPO Y SU ESTADO DE ANIMO ES GENERALMENTE BUENO. NIEGA VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE CONS CIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE DA CONSEJERIA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PLANIFICACION FAMILIAR, METODOS ANTICOCEPTIVOS , SE INTERROGA ENTENDIMIENTO DE LA MISMA. SIN SIGNOS DE ALARMA, SE CITA A CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

| Diagnóstico   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------|--------|-----|-----|
| ACNE QUELOIDE | L730   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-02 | 10:29 | Medicina General | MARICELA LORENA GARCIA PERERO | 1307473551 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-02 | 10:29 | Medicina General | MARICELA LORENA GARCIA PERERO | 1307473551 |       |

