

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SOLORZANO	KATHERINE YEILENE	07	06	1996	30 años, 0 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1727340505	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	LAS CUMBRES UNO y SN	096-941-7955 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1727340505	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	07	03
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 FEMENINA DE 30 AÑOS ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO ACNE CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE COMEDONES ABIERTOS Y CERRADOS, PAPULAS Y PUSTULAS QUE EXISTEN POR TODO EL ROSTRO EXCEPTUANDO REGION FRONTAL, REFIERE FRACASO CON TRATAMIENTOS PREVIOS CON RETINOL Y PEROXIDO DE BENZOILO. AGREGA QUE SE EXACERBA EN LA FASE LUTEA DE SU CICLO. REFIERE EVOLUCION DE 15 AÑOS, REFIERE ATENCION POR NEUMOLOGIA POR HEMOPTISIS PERO CON RESULTADO DE BIOPSIA, BRONCOSCOPIA SIN HALLAZGOS.NO AGREGA OTRO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA. NIEGA SINTOMATOLOGIA ACTUAL, CONSCIENTE, ORIENTADA Y ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACNE VULGAR	L700		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	08:19	Medicina Rural	MIJAIL ANTONIO MIER ABAD	1312279001	

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
2026-07-03	08:19	Medicina Rural	MIJAIL ANTONIO MIER ABAD	1312279001	