

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESMERALDAS	CORTEZ	ANA LUCIA	06	07	1995	30 años, 0 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313564815	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO POZONES y SITIO POZONES	099-984-9485 /
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	1313564815	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	07	30
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 FEMENINO DE 30 AÑOS, APP: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, APQX: LIGADURA DE TROMPAS. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 9 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LA APARICIÓN DE PLACA DE GRAN TAMAÑO EN HIPOGASTRIO, ERITEMATOSA, MAL DELIMITADA, DESCAMATIVA, PACIENTE REFIERE LA APARICIÓN DE LESIONES TIPO VESICULAS QUE DRENAN MATERIAL PURULENTO, PRURIGINOSA Y REFIERE QUE HA AUMENTADO DE TAMAÑO DURANTE ESTOS AÑOS. YA RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIFÚNGICO Y CORTICOIDES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS NEUROLÓGICAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	11:31	Medicina Rural	JIMMY FABIAN ANCHUNDIA DELGADO	1313596668	

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
2025-07-30	11:31	Medicina Rural	JIMMY FABIAN ANCHUNDIA DELGADO	1313596668	