



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO											
MSP		001414	Canuto		CS	1317307492													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Quiroz		Vera		Ayli		Antonella		M	05-05-2012	13	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
097-873-8814				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X									
13		1303		130352		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios											
				5. Problemas de infraestructura.															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Dermatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE ADOLESCENTE DE 13 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA PARA CONTROL DE ADOLESCENTE SANO EN COMPAÑÍA DE S UMADRE (LISETH VERA). RESIDE EN GUARUMAL EN COMPAÑÍA DE S US MAMA Y S US HERMANOS- FAMILIA FUNCIONAL. ESTUDIA 9NOGRADO DEL COLEGIO MONSERRATE- MENCIONA QUE REALIZA ACTIVIDADES GRUPALES- NO CONS UMO DE DROGAS NI ALCOHOL- NO SEDETECTA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA- MENCIONA QUE SE CONSIDERA ACEPTADO. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS: PSORIASIS- HTA- DIABETES- HIPOTIROIDIS MO.ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALERGICOS: NO REFIERE. PACIENTE REFIERE LESIONES EN PLACA CONBORDES DELIMITADOS- ERITEMATOSAS DESCAMATIVAS EN CUERO CABELLUDO- ESPALDA- BRAZOS. NIEGA SINTOMATOLOGÍARESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA NEUROLÓGICA. SE REALIZA VALORACIÓN INTEGRAL EN LA CUAL SE EVIDENCIA PACIENTE ACTIVO-ALERTA- COOPERADOR- ORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- CON APARIENCIA GENERAL ADECUADA PARA LA EDAD-NORMOTENSO- BIEN HIDRATADO- NORMOCOLORADO- AFEBRIL. EN EL EXAMEN FÍSICO: TÓRAX SIMÉTRICO- MURMULLO VESICULARCONSERVADO- RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y SIN SOPLOS- ABDOMEN BLANDO- NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN- SIN MASAS NIVISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES ÍNTEGRAS- SIMÉTRICAS- SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL. DESARROLLO PUBERAL ACORDE A LA EDADSEGÚN TANNER. HIGIENE PERSONAL ADECUADA. MADRE REFIERE QUE LA PACIENTE HA UTILIZADO VARIOS TRATAMIENTOS TÓPICOS(BETAMETASONA- UREA- DICLOSALIC- KETOCONAZOL) Y POR VIA ORAL (FLUCONAZOL) SIN VER MEJORIA EN LESIONES. ESTADOEMOCIONAL APARENTA SER ESTABLE- SIN ALTERACIONES DE LA CONDUCTA NI SIGNOS DE DEPRESIÓN. TAMIZAJE DE SALUD MENTAL YDE VIOLENCIA: NEGATIVOS. ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO SEGÚN EDAD. SE BRINDA CONSEJERÍA EDUCATIVA SOBREHÁBITOS SALUDABLES- NUTRICIÓN- ACTIVIDAD FÍSICA- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- PREVENCIÓN DE CONS UMO DE S USTANCIASPSICOACTIVAS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL. SE SOLICITA REFERENCIAS A DERMATOLOGIA PARA VALORACION + TRATAMIENTOINTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EN TRAMITE

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Psoriasis No Especificada		L409	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-06-17	12:40	Diana	Delgado	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1351725732				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO		

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	