



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	Convento	CS-A	1314994235								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Andrade	Tuarez	Emily	Nayeli	M	18-11-2002	22	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0986848825		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.										
		2. Falta de espacio físico.										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.									
13	1303	130353	4. Equipos en mal estado.									
			5. Problemas de infraestructura.									
					6. Problemas de abastecimiento.							
					7. Insuficiencia de profesionales.							
					8. Inadecuada capacidad resolutive							
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

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 FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR QUE APARECIERON LESIONES CUTÁNEA ENLA REGIÓN DORSAL DEL TÓRAX Y ABDOMEN- REFIERE PRURITO INTENSO QUE INTERFIERE CON EL SUEÑO Y ACTIVIDADES DIARIAS- NO ESTA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE ALIMENTOS O CONTACTO CON AGUA- FRIO- DETERGENTES- EXPOSICION AL SOL O PRENDAS DE VESTIR- INDICA QUE ESTE CUADRO ES RECURRENTE DESDE HACE UN AÑO. HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMÍNICOS LORATADINA DOSIS DE 10 MG CADA 8 HORAS SIN MEJORÍA- PREDNISONA 40 MG QD POR 5 DÍAS CON MEJORÍA PARCIAL PERO REAPARECE- REFIERE QUE SE HA ADMINITRRADO HIDROCORTISONA DE 100 MG INTRAMUSCULAR DOSIS UNICA EN CUADROS AGUDOS . FUM REFIERER QUE FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN HACE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS- UTILIZA MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE. APP: DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADA CON METFORMINA 500 MG QD. ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. EXPLORACION FISICA: TORAX MURMULLO VESICULAR NORMAL- RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS Y RITMICOS- LESIONES DERMICAS HABONOSAS TIPO URTICARIA- MAS ESTIGMAS DE RASCADO. LESIONES URTICARIFORME- HABONES Y ERITEMA QUE ABARCA EL 50% DE REGION ABDOMINAL- RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES- NO VISEROMEGALEAS- BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION. SE BRINDA EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA- HABITOS DE VIDA SALUDABLE. SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGIA PARA VALORACION- DIAGNOSTICO DEFINITIVO Y TRATAMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXPLORACION FISICA: TORAX MURMULLO VESICULAR NORMAL- RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS Y RITMICOS- LESIONES DERMICAS HABONOSAS TIPO URTICARIA- MAS ESTIGMAS DE RASCADO. ABDOMEN: LESIONES URTICARIFORME- HABONES Y ERITEMA QUE ABARCAEL 50% DE REGION ABDOMINAL- RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES- NO VISEROMEGALEAS- BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION. PRUEBA DE DERMOGRAFISMO NEGATIVA.EXAMENES COMPLEMETARIOS BIOMETRIA:HEMOGLOBINA 13.2G/D- HEMATOCRITO 41.2 % VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 83.8 ?M³. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 26.8 PG. PLAQUETAS 437 10³/?L. GLÓBULOS BLANCOS 9.4 10³/?L. LINFOCITOS (%) 35.3 %. NEUTRóFILOS (%) 54.8%. MONOCITOS (%) 6%. EOSINóFILOS (%) 3.5. BASóFILOS (%) 0.4%. PRUEBA RAPIDA DE VIH NEGATIVA.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Urticaria No Especificada	L509		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-23	05:45	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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	