



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	Nause	CS-A	1307326023								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Acosta	Zambrano	Migleyny	Alexandra	M	21-09-1969	56	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0967976347		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130302	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 FEMENINA DE 56 AÑOS- CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE DIABETES MELLITUS TIPO II EN TRATAMIENTO (VIDAGLIPTINA50 MG + METFORMINA 1000 MG BID)- SIN ANTECEDENTES DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS. ANTECEDENTES PATOLÓGICOSFAMILIARES POSITIVOS: MADRE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL; PADRE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ANTECEDENTES DE ALERGIAS CUTÁNEAS YRINOSINUSITIS. PACIENTE CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR LESIONES CUTÁNEAS DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA-LOCALIZADAS EN REGIÓN SUPERIOR DEL TÓRAX- CUELLO Y AMBOS MIEMBROS SUPERIORES. EN ANAMNESIS SE INDAGA QUE DICHAS LESIONES INICIANCOMO PÁPULAS- POSTERIORMENTE EVOLUCIONAN A MÁCULAS HIPERCROMICAS CAFÉ CLARO- PARA FINALMENTE HIPOPIGMENTARSE ADOPTANDO UNACOLORACIÓN BLANQUECINA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVAN MÁCULAS HIPERCROMICAS E HIPORCROMICAS- DE BORDES IRREGULARES- DISTRIBUCIÓN DIFUSA- A LA DIGITOPRESION NO DESAPARECEN.ADEMÁS- PRESENTA LESIONES PUNTIFORMES DE COLOR ROJO INTENSO- LOCALIZADAS EN CUEROCABELLUDDO Y ANTEBRAZO DERECHO. LAS LESIONES ESTÁN ASOCIADAS A PRURITO INTENSO- PERSISTENTE Y DE PREDOMINIO EN LAS ZONASAFECTADAS- EL CUAL NO CEDE CON MEDIDAS GENERALES- INTERFIRIENDO CON LAS ACTIVIDADES DIARIAS. DE FORMA CONCOMITANTE- LA PACIENTEREFIERE CAÍDA DE CABELLO ABUNDANTE Y DIARIA- DE INICIO PROGRESIVO- DENTRO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PRESENTA TSH DE 4.74µUI/ML (LABORATORIO REALIZADO DE MANERA PARTICULAR 13 /02/26)- VALORADA PREVIAMENTE POR ENDOCRINOLOGÍA- DONDE SE CONCLUYE QUENO AMERITA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA ACTUALIDAD. POR CRONICIDAD DE CUADRO CLINICO- ANTECEDENTES METABÓLICOS IMPORTANTES-NULA O POCA RESPUESTA A TRATAMIENTOS TÓPICOS Y ORALES- SE DECIDE REFERENCIA A ESPECIALISTA PARA DIAGNOSTICO Y MANEJO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
2025/11/16: ? FT3 (LIBRE): 2.66 PG/ML ? FT4 (LIBRE): 1.32 NG/ML ? TSH: 5.40 MIU/L ? PROLACTINA: 25.4 NG/ML ? CORTISOL (7?10 AM): 533NMOL/L ? INSULINA PLASMÁTICA EN AYUNAS: 21.5 UUI/L ? VITAMINA D (25 OH): 56.4 NG/ML ? HOMA IR: 2.34

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Urticaria Alergica	L500		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-19	09:34	Jahaira	Ponce	Lopez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1351700222				

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	