



| 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           | Sesme                            | CS-A                      | 1353540873                       |                                    |                                                         |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Montes                                                      | Ferrin           | Mia                              | Quetzaly                  | M                                | 01-01-2021                         | 5                                                       | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                                  |                           |                                  |                                    |                                                         |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | X                                | DERIVACIÓN                         |                                                         |                         |   |   |   |  |  |
| 099-289-5709                                                |                  | 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                      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1303             | 130356                           | 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 5 AÑOS DE EDAD- S IN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA- QUIEN ACUDE ACONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS LESIONES EMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LA APARICIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS TIPO PÁPULAS PEQUEÑAS - DE COLORACIÓN SIMILAR A LA PIEL- LOCALIZADAS PRINCIPALMENTE EN CARA EXTERNA DE BRAZOS Y REGIÓN DORSAL. MADRE REFIERE QUE LAS LESIONES SON INTERMITENTES- SIN IDENTIFICAR FACTORES ENCADENANTES CLAROS. LAS LESIONES SON DESCRITAS COMO "GRANITOS" CON TEXTURA ASÍ PERO NO ASOCIADAS A PRURITO-DOLOR- ERITEMA INTENSO NI S ECRECIÓN. NIEGA PRESENCIA DE FIEBRE- COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL- PÉRDIDA DE PESO-OTRAS LESIONES EN MUCOSAS O SÍNTOMAS SISTÉMICOS . NO REFIERE CONTACTO CON SUS TANCIAS IRRITANTES NUEVAS - CAMBIOS RECIENTES EN PRODUCTOS DE HIGIENE NI ANTECEDENTES DE ALERGIAS CUTÁNEAS . AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN- PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL- ACTIVA- AFEBRIL- CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES PARA LA EDAD.AL EXAMEN FÍSICO DERMATOLÓGICO SE EVIDENCIAN MÚLTIPLES PÁPULAS FOLICULARES PEQUEÑAS - DE SUPERFICIE RUGOSA- NO ERITEMATOSAS - DISTRIBUIDAS EN CARA EXTENSORA DE MIEMBROS SUPERIORES Y REGIÓN DORSAL- SIN SIGNOS DE INFECCIONES SECUNDARIAS IN EXUDADO NI COS TOS . CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON DERMATOSIS BENIGNA DE PROBABLE ORIGEN FOLICULAR- SUGESTIVO DE QUERATOSIS PILARIS - SIN DATOS DE ALARMA AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. SE BRINDA EDUCACIÓN A LA MADRE SOBRE LA NATURALEZA BENIGNA Y CRÓNICA DEL CUADRO- ASÍ COMO MEDIDAS GENERALES DE CUIDADO DE LA PIEL Y SE INDICA SEGUIMIENTO SEGÚN EVOLUCIÓN. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| SIN HALLAZGOS                                                     |

| E. DIAGNÓSTICO                    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|-----------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Queratosis Folicular Adquirida |                                    | L110 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-05-09                            | 01:46        | Keily         | Villamil        | Zambrano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1313408427                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |