

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PINARGOTE	GABRIELA LIZETH	27	09	1990	34 años, 1 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	1314139948	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CARLOS ALBERTO ARAY y SN	099-765-7641 /
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	1314139948	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Dermatología	2024	11	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS, APP: NO REFIERE AQX: SALPIGENTOMÍA HACE 7 AÑOS, AGO G3 P0 A0 C3, NO PAP: HACE 1 AÑO FUM 18/06/2024, PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO DE 3 MESES EVOLUCION CON PRESENCIA DE PLACAS HIPODERMICAS, PRURIGENOSAS, LIMITADAS. EN LA PIEL, QUE SE ACOMPAÑAN CON PRURITO, EN LA ZONA DE LA CARA, ESPALDA + PICAZON Y ARDOR DEL CUERO CABELLUDO. REFIERE TENER TRATAMIENTO PERO AL DIA DE HOY NO REFIERE TENER MEJORIA. AL MOMENTO ACTIVA REACTIVA. EXAMEN FISICO: CARA: PLACAS HIPODERMICAS, ERITEMATOSAS, LIMITADAS, PRURIGENOSAS, DESCAMATIVAS. SE EVIDENCIA DESCAMACION DEL CUERO CABELLUDO. SE ENVIA REFERENCIA PARA DERMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	L209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-20	10:50	Medicina Rural	ELIECER XAVIER ANDRADE CEVALLOS	1313019422	

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
2024-11-20	10:50	Medicina Rural	ELIECER XAVIER ANDRADE CEVALLOS	1313019422	