

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CAMPOS	FROVEN ROLANDO	21	08	1973	52 años, 11 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0801790072	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LAS DELICIAS y	099-361-2629 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0801790072	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Dermatología		2026	07	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS QUE VIENE POR PRESENTAR DOLOR ARTICULAR QUE NO MEJRA, E INFLAMACIÓN DE LAS ARTICULACIONES DE AMBAS MANOS, REFIERE QUE AUMENTA EL DOLOR CUANDO REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD, DOLOR EN CODOS Y HOMBROS DIARIOS . REFIERE ADEMAS SUDORACIONES PROFUSAS QUE NO MEJORAN EN TODO EL CUERPO CUANDO AUMENTA UN POCO LA TEMPRERATURA Y SOBRE TODO CUANDO REALIZA ACTIVIDAD QUE MOJA LA ROPA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE PRESENTA SUDORACIÓN PROFUSA QUE NO MEJORA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
BROMHIDROSIS	L750		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	14:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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
2026-07-28	14:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	