

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	BRAVO	NAYELI JAMILETH	10	10	2000	25 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0850208240	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	099-722-2017 / (00)-000-0000
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	0850208240	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	06	19
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 FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA, SIN ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS, CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETES EN PADRE. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS: G2P2C0A0. USA ANTICONCEPTIVO ORAL (SOLUNA). ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PLACAS ESCAMATIVAS QUE FORMAN COSTRA EN AMBAS EXTREMIDADES, LAS CUALES PROVOCAN PRURITO Y COLORACION ROJIZA, AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIAN LESIONES DERMICAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL NI COMPROMISO HEMODINÁMICO. 0997222017

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLACAS EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PSORIASIS, NO ESPECIFICADA	L409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-19	14:12	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-06-19	14:12	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	