

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ESPINOZA	BEATRIZ	06	11	1961	62 años, 11 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	0907740963	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA MARCO ARAY DUEÑAS y SN	099-868-0523 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0907740963	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	10	30
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 ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS Y MEDIO CARACTERIZADO POR ERUPCION CUTANEA EN EL PIE DERECHO DE GRAN DIAMETRO APROXIMADAMENTE 12CM, QUE TIENE CARACTERISTICAS DESCAMATIVAS, NO CAUSA PRURITO NI DOLOR, REFIERE QUE SE LE FORMA UN CAPA BLANCA EN ESA LESION Y REFIERE YA HABER ESTADO EN TRATAMIENTO CON DERMATOLOGO QUIEN LE MANDO BETAMETASONA CON ACIDO FUSIDICO, CLOTRIMAZOL Y TAMBIEN FLUCONAZOL ORAL ENTRE OTROS TRATAMIENTOS PERO SOLO VIO MEJORIA DE FORMA TEMPORAL Y AL MOMENTO LA LESION HA VUELTO A APARECER.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO , NO ESPECIFICADA	L089	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-30	08:44	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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 clínico

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