

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MINDA	LOPEZ	GENISE FABIOLA	02	03	1997	29 años, 3 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0953527736	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA MALVINA y	096-776-5198 /
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	0953527736	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	17
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 29 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, AA: NO REFIERE ACUDE A CENTRO DE SALUD REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIONES DERMATOLÓGICAS TIPO MANCHAS ERITEMATOSAS Y PRURIGINOSAS, DISTRIBUIDAS EN DIFERENTES ÁREAS DEL CUERPO, CON PROGRESIÓN GRADUAL EN NÚMERO Y EXTENSIÓN. REFIERE HABER RECIBIDO MÚLTIPLES TRATAMIENTOS TÓPICOS CON DIVERSAS CREMAS, SIN EVIDENCIAR MEJORÍA CLÍNICA. MANIFIESTA ARDOR, PRURITO INTENSO Y APARICIÓN DE PÁPULAS ERITEMATOSAS (BOLITAS ROJAS) QUE SE EXACERBAN TRAS LA EXPOSICIÓN SOLAR. DEBIDO A LA EVOLUCIÓN CRÓNICA DEL CUADRO, LA FALTA DE RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS INSTALADOS, EL CARÁCTER PROGRESIVO DE LAS LESIONES Y LA EXACERBACIÓN CON LA EXPOSICIÓN AL SOL, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO. 0967765198

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	11:49	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-17	11:49	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

