

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDROVO	DELGADO	JOSE VIDAL NAPOLEON	26	04	1956	70 años, 0 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302238108	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA NARANJOS 1 y NARANJOS PRIMER ETAPA	098-651-0230 / (99)-999-9999
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/Área		
MSP	1302238108	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	05	07
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 PRESENTA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES LESIONES PUSTULOSAS EN AMBAS AXILAS QUE NO DISMINUYE CON LOS TRATAMIENTOS RECIBIDOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE DISPONE DE EXÁMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS INFECCIOSA	L303	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2026-05-07	08:57	Medicina General	JUAN XAVIER ARTEAGA HOPPE	1306253079

FIRMA

 Juan Xavier Arteaga Hoppe
 C.O.P. 1306253079

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls.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
2026-05-07	08:57	Medicina General	JUAN XAVIER ARTEAGA HOPPE	1306253079	