

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	AVEIGA	BELQUIS RAMON	09	08	1958	67 años, 7 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302616246	MANABI	CHONE	RICAU RTE	EL PARAISO y	099-573-7745 /
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	1302616246	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2026	04	02	
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 CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 100 MG + AMLODIPINO 10 MG + CLORTALIDONA 25 MG ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR HIDROADENITIS DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN QUE SE PRESENTA CONSTANTEMENTE A PESAR DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO CON AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO Y CLINDAMICINA. LAS LESIONES SE PRESENTAN DE FORMA GENERALIZADA Y EN LAS AXILAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIÓN PAPULOSA ERITEMATOSA DURA, NO PURULENTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDRADENITIS SUPURATIVA	L732		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-02	09:06	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-04-02	09:06	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	