

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CELORIO	MONTES	SANTO GABRIEL	04	03	1958	66 años, 5 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303590689	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA ELVA GONZALEZ y	098-999-4574 /
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	1303590689	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Dermatología	2024	08	26
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 DE 66 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR LESIONES DERMICAS ERITEMATOSAS DESCAMATIVAS PRURIGINOSAS EN ALGUNAS OCASIONES TIPO PLACA EN AMBOS PIES, INDICA QUE HACE 3 AÑOS INICIO Y SANO Y VOLVIO A APARECER. AL MOMENTO DE LA CONSULTA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NIEGA OTROS SINTOMAS. EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO: SIN ADENOPATIAS, TORAX: CS PS: CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, GENITALES: NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS, PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA LESIONES DERMICAS SUGESTIVAS DE PSORIASIS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-26	09:12	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ

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
2024-08-26	09:12	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

