

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALAVA	RAUL EFRAIN	30	09	1961	64 años, 6 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303608358	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL RECREO y EL RECREO	099-388-0719 /
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	1303608358	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	04	28
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 64 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIÓN CUTÁNEA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADA POR ERITEMA LOCALIZADO, PRURITO PERSISTENTE Y RASCADO, CON EXTENSIÓN PROGRESIVA EN LA REGIÓN DE LA PIERNA, PIE. REFIERE EXACERBACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CON EL RASCADO Y LEVE MEJORÍA PARCIAL CON MEDIDAS TÓPICAS NO ESPECIFICADAS. NIEGA FIEBRE, SECRECIÓN PURULENTO O ANTECEDENTE TRAUMÁTICO RECIENTE. AL MOMENTO, LA LESIÓN CONDICIONA MOLESTIAS CONTINUAS Y AFECTA LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE. POR LA PERSISTENCIA DEL CUADRO CLÍNICO, EVOLUCIÓN TÓRPIDA Y NECESIDAD DE DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO PRECISO, SE DECIDE REFERENCIA AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO ESPECÍFICO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-28	15:03	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
2026-04-28	15:03	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

