

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARIN	LOOR	HOLAYA DE LA URDE	28	05	1968	56 años, 4 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304862319	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO MONO y SITIO MONO	098-681-9712 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1304862319	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2024	10	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

- Limitada capacidad resolutive ☐ Saturación capacidad instalada ☐
- Ausencia temporal del profesional ☐ Otros/especifique: ☐
- Falta de profesional ☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE PSORIASIS, ACUDE POR PRESENTAR PLACAS ERITEMATOSAS BIEN DELIMITADAS DE DISTRIBUCION SIMETRICAS, PREDOMINANDO EN EL CUERPO CABELLUDO, LOS CODOS, OMBLIGO, REGION SACRA Y RODILLAS ESTAN CUBIERTAS POR ESCAMA BLANCA O PLATEADA DESDE HACE 6 AÑOS DE EVOLUCION POR LO QUE SE REFIERE CON DERMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REALIZADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PSORIASIS VULGAR	L400		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-15	09:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	 DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS

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
2024-10-15	09:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	