

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	ROSADO	MARY CARMEN	18	03	1967	59 años, 3 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305014712	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LA ATRAVEZADA y LA ATRAVEZADA	098-111-8132 /
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	1305014712	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	07	14
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS DE EDAD, APP DE CISTOCELE, HTA CON TTO CON LOSARTAN 50MG UNA TABLETA AL DIA, PSORIASIS CON TTO CON UREA Y BETAMETASONA EN CREMA EN SEGUIMIENTO CON DERMATOLOGIA. REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR ARTRALGIA EN MANOS Y PIES, MIEMBROS INFERIORES CON VENAS VARICOSAS DOLOR EVA 7/10, TAMBIEN REFIERE DOLORES EN LA COLUMNA DORSAL... AL EX. FISICO: IMPRESIONA MUY LEVE CIFOCIS Y ESCOLIOSIS... MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL ACV: RSCSRs/S.- SIGNOS VITALES NORMALES OBESIDAD G°1 POR IMC: 35. SE ASOCIA METROTEXATO 10 SEMANAL, SE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES, TRATAMIENTO PARA LA POLIARTROSIS E I/C.- CON FISIOTERAPIA...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIONES DE LA PIEL EN RODILLAS Y DORSO DE MANOS BILATERAL COMPATIBLE CON PSORIASIS...
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	14:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-07-14	14:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

