

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	BAREN	LUIS ENRIQUE	30	11	1967	56 años, 10 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	1305829366	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA YOYITA	0987531974
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	1305829366	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	10	29
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 MASCULINO DE 56 AÑOS, CON APP: HIPERPLASIA PROSTATICA. AQX: CIRUGIA DE PROSTATA HACE 1 MES. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR LESION DERMATOLOGIA A CAUSA DE HONGO EN PIERNA DERECHA CARACTERIZADO POR PRURITO, DESCAMACION E HIPERPIGMENTACION. REFIERE HABERSE AUTOMEDICADO COLLOPLUS, FLUCONAZOL. REFIERE HABER TENIDO ESTA LESION DERMATOLOGICA HACE 2 AÑOS.AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA VERRUGAS FILIFORME DE 0.5- 2CM LOCALIZADAS EN INGLE, AXILAS, CUELLO, POMULO, FOSA NASAL QUE NO LE PERMITE RESPIRAR CORRECTAMENTE Y TIENE 1 AÑO DE EVOLUCION REFIERE PRURITO EN TODAS, DOLOR A LA PRESION. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. SE ENVIA TRATAMIENTO PARA LESION DERMATOLOGIA EN PIERNA DERECHA CON TERBINAFINA 1% MAÑANA Y NOCHE POR 21 DIAS Y TRATAMIENTO A PULSO DE ITRACONAZOL 200 MG POR 3 SEMANAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS	B07X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-29	10:28	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-10-29	10:28	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

