

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HEREDIA	MACIAS	ANA PASTORA	08	10	1975	48 años, 11 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309727541	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE y	093-952-1322 / (00)-000-0000
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	1309727541	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	10	07
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 48 AÑOS DE EDAD, ACUDE A LA UNIDAD OPERATIVA POR CONTROL DE ENFERMEDAD SUBYACENTE, DIAGNOSTICADA CON PSORIASIS, REFIERE NO HABER TENIDO CONTROLES POR EL AREA DE DERMATOLOGIA DEBIDO A QUE PIDIERON UNA ACTUALIZACION REFERENCIA PARA CONTINUAR EL CONTROL. ALERGIAS: NO REFIERE. APP: PSORIASIS DESDE HACE 19 AÑOS APROXIMADAMENTE TRATADO CON METROTEXTATE 5 MG (2 TAB LOS LUNES, MIERCOLES Y VIERNES, LITIASIS RENAL. APF: PADRE CA ESTOMAGO Y CA PROSTATA. APQ: CUP 1. AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVA, ELECTIVA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO DIRIGIDO SE OBJETIVA PLACA ERITEMATOSA BIEN DELIMITADA, DE BORDES REDONDEADOS DE APROX 2 X 2 CM, CON DESCAMACION FINA. SE INDICA MEDIDAS GENERALES, CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, HIGIENE DIARIA, ASEO DE MANOS. SE PRESCRIBE BETAMETASONA 0.1% CREMA APLICAR UNA CAPA FINA C12H POR 7 DIAS. PLAN: REFERENCIA DERMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-07	15:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-10-07	15:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

