

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MERO             |                  | DOLORES LEONOR | 16                  | 07  | 1955 | 70 años, 0 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306452614        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | ELOY ALFARO y                | 096-772-3249 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1306452614      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología |  | 2025  | 08  | 06  |
| 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 FEMENINA DE 70 AÑOS DE EDAD APP DE HTA ESENCIAL Y AIT, AQ: COLECISTECTOMÍA ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO PRURITO GENERALIZADO MAS DE 1 DE EVOLUCIÓN, PACIENTE SOLICITA VALORACION POR DERMATOLOGIA POR CUADRO CLINICO RECURRENTE, REFIERE TRATAMINETO CON UREA CREMA, TRIDERM CREMA, LORATADINA 10 MG, CLOTRIMAZOL CREMA, SIN MEJORIA ALGUNA , PACIENTE NIEGA SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA. AL EXAMEN FÍSICO: SE EVIDENCIA PLACAS ERITEMATOSAS CON PRESENCIA DE COSTRAS HEMATICAS POR RASCADO A NIVEL DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIOR. SE SOLICITA VALORACION POR DERMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA | L209   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-06 | 14:44 | Medicina Rural | JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA | 1313734640 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-06 | 14:44 | Medicina Rural | JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA | 1313734640 |       |