

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	CASTRO	ROSA ELENA	21	09	1963	61 años, 1 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306522515	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PAZ UNIOM y CALLE PRINCIPAL PUERTO ARTURO	099-797-7655 / (99)-999-9999
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	1306522515	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Dermatología	2024	11 05
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 DE 61 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO II, PSORIASIS, ACUDE AL CONTROL, CONTINUA CON PLACAS DE COLOR ROSADAS, CON REBORDES DE DIFERENTES FORMAS Y TAMAÑOS A NIVEL DE ANTEBRAZOS, CODOS, PIERNAS; EN CUERO CABELLUDO, PRESENCIA DE ESCAMILLAS DE DIFERENTES TAMAÑOS DE COLOR BLANQUECINA ACOMPAÑADO DE PRURITO, EVOLUCIÓN CRÓNICA, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON PSORIASIS, PRESENTA PLACAS DE COLOR ROSADAS, CON REBORDES DE DIFERENTES FORMAS Y TAMAÑOS A NIVEL DE ANTEBRAZOS, CODOS, PIERNAS,EN CUERO CABELLUDO, PRESENCIA DE ESCAMILLAS DE DIFERENTES TAMAÑOS DE COLOR BLANQUECINA ACOMPAÑADO DE PRURITO, EVOLUCIÓN CRÓNICA.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-05	12:24	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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
2024-11-05	12:24	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

