

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	LOPEZ	FERNANDO XAVIER	13	08	1972	53 años, 11 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306677269	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	PEDRO GUAL y CORDOVA	099-318-7573 /
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	1306677269	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	07	30
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 MASCULINO DE 53 AÑOS, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, APQ: REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL IZQUIERDO CON DERMATOSIS CRÓNICA DE APROXIMADAMENTE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, QUE PRESENTÓ REAGUDIZACIÓN DESDE EL 20 DE NOVIEMBRE DE 2025, CARACTERIZADA POR LA APARICIÓN Y PERSISTENCIA DE MÚLTIPLES PLACAS ERITEMATOSAS PRURIGINOSAS EN DIFERENTES REGIONES DEL CUERPO. REFIERE HABER RECIBIDO MÚLTIPLES TRATAMIENTOS TÓPICOS, UTILIZANDO APROXIMADAMENTE 30 PREPARADOS DIFERENTES, ENTRE ELLOS BEXADERM®, TRIDERM®, TERBINAFINA, CREMA DE UREA AL 10%, BETAMETASONA TÓPICA, JABÓN CON KETOCONAZOL Y JABONES PARA PIEL SENSIBLE, SIN OBTENER RESOLUCIÓN NI MEJORÍA CLÍNICA SOSTENIDA. INDICA QUE DESDE MEDIADOS DE MARZO DE 2026 LAS LESIONES HAN PROGRESADO EN EXTENSIÓN, COMPROMETIENDO ADEMÁS LA REGIÓN POPLÍTEA (CARA POSTERIOR DE LA RODILLA), ASOCIÁNDOSE A PRURITO PERSISTENTE. DEBIDO A LA EVOLUCIÓN CRÓNICA, PROGRESIÓN DE LAS LESIONES Y FALTA DE RESPUESTA A MÚLTIPLES ESQUEMAS TERAPÉUTICOS, SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA TERAPÉUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	14:44	Medicina Rural	LUISA MARIA MENDOZA ALCIVAR	1315226454	

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 clínico

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
2026-07-30	14:44	Medicina Rural	LUISA MARIA MENDOZA ALCIVAR	1315226454	

