

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	PONCE	VICENTA JOTALINA	22	02	1966	60 años, 1 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307070258	MANABI	CHONE	SANTA RITA	7 DE AGOSTO y ALEJO LASCANO	098-899-4580 /
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	1307070258	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	04	21
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 60 AÑOS DE EDAD CON APP: DE PSORIASIS DIAGNOSTICADA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO EN TRATAMIENTO CON METILCORTEN, ANTECEDENTES DE ARTROSIS EN TRATAMIENTO CON ARTRICHINE. APQ: CESÁREA + SALPINGECTOMIA BILATERAL. PACIENTE AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR REACTIVACIÓN DE SU CUADRO DERMATOLÓGICO CARACTERIZADO POR LA APARICIÓN DE MÚLTIPLES PLACAS ERITEMATOESCAMOSAS LOCALIZADAS EN EXTREMIDADES INFERIORES, ANTEBRAZOS Y CARA ASOCIADAS A PRÚRITO INTENSO, ADEMÁS REFIERE CAMBIOS UNGUEALES CARACTERIZADOS POR ESTRIACIONES SUGESTIVO DE COMPROMISO UNGUEAL ASOCIADO. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIAN PLACAS ERITEMATOSAS DESCAMATIVAS BIEN DELIMITADAS, CON ESCAMAS BLANQUECINAS, SIN DATOS DE SOBREINFECCION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE PRESENTA REACTIVACIÓN DE CUADRO DE PSORIASIS, AL MOMENTO SE OBSERVAN MÚLTIPLES PLACAS ERITEMATOESCAMTIVAS PRURIGINOSAS LOCALIZADAS EN EXTREMIDADES INFERIORES, ANTEBRAZO Y CARA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-21	11:56	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-04-21	11:56	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

