

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	MACIAS	DOLORES VERONICA	03	04	1971	55 años, 1 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307184018	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-348-0665 /
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	1307184018	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	05	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 FEMENINO DE 55 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQX: NO REFIERE, AA: NO REFIERE. ACUDE A LA CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR MANCHAS ROJIZAS O VIOLÁCEAS QUE NO DESAPARECEN CON LA PRESIÓN QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR, EDEMA LOCALIZADO Y PRURITO INTENSO, UBICADAS EN MIEMBRO INFERIOR EN TRATAMIENTO CON UREA AL 10% Y BETAMETASONA AL 0.05% AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL. 0993480565

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MANCHAS ROJIZAS O VIOLÁCEAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS AMILOIDOSIS	E858		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	11:22	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-05-06	11:22	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	