

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	BARRE	SANTY DEL ROCIO	12	04	1974	52 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308411238	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-155-0601 / (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	1308411238	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	20
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 52 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: APENDICECTOMIA Y CESAREA, AA: MARISCOS. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIONES DERMATOLÓGICAS TIPO RONCHAS EN DIFERENTES ÁREAS DE LA PIEL, ASOCIADAS A DESCAMACIÓN Y PRURITO DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA QUE YA HA ESTADO EN TRATAMIENTO Y NO MEJORAN. REFIERE MOLESTIAS PERSISTENTES SIN MEJORÍA COMPLETA CON MEDIDAS INICIALES. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIAN ÁREAS ERITEMATOSAS Y DESCAMATIVAS EN ESTUDIO. POR PERSISTENCIA DEL CUADRO Y NECESIDAD DE VALORACIÓN ESPECIALIZADA, SE SOLICITA REFERENCIA AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PARA EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y MANEJO ESPECÍFICO. 0991550601

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	09:59	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-20	09:59	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	