

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VITE	VITE	SANTOS VIDAL	01	02	1972	52 años, 8 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309245353	MANABI	CHONE	RICAUORTE	SITIO BRAZIL y SN	098-665-7347 /
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	1309245353	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	10	23
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 MASCULINO DE 51 AÑOS DE EDAD ACUDE POR CUADRO CRONICO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADA POR PRESENCIA DE LESIONES SIMILARES A ACNE QUELOIDE EN CUERO CABELLUDO, PACIENTE REFIERE QUE A LA EXPOSICION AL SOL Y SUDOR HAY PRURITO EN AREA AFECTADA, AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, GLASGOW 15/15. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIAN LESIONES DE TIPO QUELOIDE, IRREGULARES NO ERITEMATOSAS Y SIN SIGNO DE FLOGOSIS EN CUERO CABELLUDO, SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA A SERVICIO DE DERMATOLOGIA YA QUE PACIENTE INDICA QUE A PESAR DE MULTIPLES TRATAMIENTOS NO HAY MEJPORIA EN SUS LESIONES Y EN LA SINTOMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ACNE QUELOIDE	L730	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-23	13:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-10-23	13:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	