

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	CEDEÑO	LUIS MIGUEL	31	03	1986	40 años, 4 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309285136	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	096-381-0655 /
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	1309285136	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Dermatología	2026	07	31
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 40 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y FAMILIARES QUE NO REFIERE, ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRURITO PERSISTENTE EN CUERO CABELLUDO ASOCIADO A ÁREAS DE DESCAMACIÓN, COMPATIBLES CLÍNICAMENTE CON DERMATITIS SEBORREICA. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO CON CHAMPÚ DE KETOCONAZOL SIN EVIDENCIAR MEJORÍA CLÍNICA, PERSISTIENDO LA SINTOMATOLOGÍA Y LAS LESIONES. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS, DIARREA U OTROS SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. DEBIDO A LA PERSISTENCIA DEL CUADRO CLÍNICO Y A LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA, SE CONSIDERA NECESARIA LA REFERENCIA AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS SEBORREICA, NO ESPECIFICADA	L219		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-31	09:33	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

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
2026-07-31	09:33	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

