

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	QUIJIJE	RUBEN DARIO	17	05	1978	48 años, 0 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309440483	MANABI	JUNIN	JUNIN	AVENIDA ESTUDIANTIL y	099-654-0439 / (05)-234-8084
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	1309440483	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	06	15
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 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR SE REALIZA VALORACION MEDICA POR CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIONES ERITEMATOSAS ELEVADAS QUE INICIAN EN FORMA DE AMPOLLA Y SE EXPARSAN A NIVEL CORPORAL - CAUSAN CAMBIO DE COLORACION POSTERIOR A QUE SE SECAN Y DEJAN PRURITO INTENSO NOCTURNO - EN REGION INGUINAL SE ENCUENTRA PRESENTE Y RESPETA ZONA TESTICULAR- HA LLEVADO MULTIPLES TRATAMIENTOS MEDICOS CON DERMOVATER 0.5%, BETAMETASONA EN CREMA, ACIDO FUSIDICO, VALERPAM EN AMPOLLA, HIDROCROTIF EN AMPOLLA, TRIGENTAX EN CREMA, MEJORA MIENTRAS DURA EL TRATAMIENTO PERO LUEGO VUELVE CON IGUALES SINTOMAS. NIEGA SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIAN LESIONES EN PIEL EN PLACA EN ZONA DE AXILAS, ABDOMEN, REGION INGUINAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	L209		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	15:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-15	15:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

