

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ANCHUNDIA        | ZAMBRANO         | MARIUXI ALEXANDRA | 23                  | 01  | 1980 | 44 años, 7 meses, 25 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309592788        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | COLON Y 24 DE JULIO y        | 098-243-1668 /       |
| 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                 | 1309592788      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Dermatología |  | 2024  | 09  | 17  |
| 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

FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCION DONDE REFIERE TENER DESCAMACIONES EN AMBAS OREJAS CON PREDOMINIO EN OREJA DERECHA, REFIERE QUE SE LE HACE COMO UNA GRASITA, LO CUAL LE CAUSA PRURITO Y A VECES LE EMANA UN LIQUIDO SEROSO, REFIERE HABERSE TRATADO CON FARMACOS ORALES COMO FLUCONAZOL, KETOCONAZOL, Y TRATAMIENTOS TÓPICOS CON KETOCONAZOL Y TERBINAFINA, SIN EMBARGO NO HAY MEJORIA, POR LO QUE DEBIDO A LA CRONICIDAD DEL CUADRO Y LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS ANTES MENCIONADOS, SE HACE REFERENCIA A DERMATOLOGIA PARA MAYOR VALORACION Y MANEJO CLINICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

...

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS DERMATITIS SEBORREICAS | L218   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2024-09-17 | 14:46 | Medicina Rural | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |