

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	YOHANNA ELIZABETH	19	11	1981	43 años, 3 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309776282	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE 24 DE MAYO y CALLE 7 DE AGOSTO	099-256-3243 /
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	1309776282	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	02	19
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 43 AÑOS DE EDAD ACUDE A CITA MEDICA POR CUADRO CLINICO PERSISTENTE DE DERMATITIS CARACTERIZADA POR TENER DESCAMACION EXCESIVA PRURIGINOSA EN TALON DEL PI DERECHO E IZQUIERDO, FUE VISTA POR DERMATOLOGIA PERO POR LACTANCIA MATERNA EL TRATAMIENTO SE VIO LIMITADO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BALNDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUADRO CLINICO PERSISTENTE DE DERMATITIS CARACTERIZADA POR TENER DESCAMACION EXCESIVA PRURIGINOSA EN TALON DEL PIE DERECHO E IZQUIERDO, FUE VISTA POR DERMATOLOGIA PERO POR LACTANCIA MATERNA EL TRATAMIENTO SE VIO LIMITADO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATOFITOSIS, NO ESPECIFICADA	B359		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	08:23	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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 clínico

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