

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLGUIN	ORTIZ	LIAM JHARIEL	28	10	2020	4 años, 8 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353499518	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA CAMILO GILER y	098-992-4784 / (99)-999-9999
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	1353499518	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	16
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

PREESCOLAR DE 4 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU PROGENITORA POR SEGUIMIENTO DE LESIONES HIPOCROMICAS QUE INICIAN EN REGION FACIAL POSTERIOR A EXPOSICION SOLAR EN EL MES DE MARZO. HA RECIBIDO TRATAMIENTO TOPICO CON TRIGENTAX, CLOTRIMAZOL, UREA 5% Y ACIDO FUSIDICO, MADRE REFIERE QUE LAS LESIONES DISMINUYERON CON EL USO DE TRIGENTAX. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ACTIVO REACTIVO ORIENTADO EN 3 ESFERAS CABEZA NORMOCEFALO CUELLO CON ADENOPATIAS NARIZ PERMEABLE OROFARINGE ERITEMATOSA, OBSERVA HIPERTOFIA DE AMIGDALAS GRADO III, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MEGALIAS, EXTREMIDADES SIMETRICAS NO PRESENTA EDEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PITIRIASIS ALBA	L305	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	11:46	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-07-16	11:46	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

