

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	ZAMBRANO	MARIA DE LA O	29	10	1978	47 años, 3 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310046733	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SN y	098-981-0349 /
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	1310046733	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	02	10
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

APP: ANSIEDAD Y DEPRESION. PACIENTE CON APP DE ALERGIA EN LA PIEL. CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR VESICULAS EN REGION DE DEDOS DE LAS MANOS QUE SE PRESENTA DESDE EN REGION PALMAR E INTERDIGITALES DESDE HACE MAS O MENOS DE EVOLUCION EN EL CUAL APARECEN POSTERIOR A LA EXPOSICION A PLANTAS, INSECTICIDA, MATERIALES DE LIMPIEZA. PRESENTANDO RESEQUEDAD Y PRURITO INTENSO, EN EL TRANSURSO DEL ESTE TIEMPO LESIONES DESAPARECEN EN SU TOTALIDAD DURANTE 8 DIAS Y REAPARECEN DE MANERA ESPONTANEA. EXAMEN FISICO: MANOS: PRESENCIA DE VESICULAS CON DESCAMACION Y RESEQUEDAD INTENSA, ASPECTO ASPERO Y AGRIETADO. ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON CREMAS DE CORTICOIDE DE BAJA DENSIDAD E HIDRATACION CONSTANTE. SINTOMAS NO SE RESUELVEN EN SU TOTALIDAD. EXAMEN FISICO: MANOS: VESICULAS LLENAN DE LIQUIDOS Y ALGUNAS EN PROCESO DE CICATRIZACION Y RESEQUEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISHIDROSIS [PONFOLIX]	L301	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	10:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2026-02-10	10:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

