

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORREA	MONGE	LUIS FRANCISCO	06	07	1991	34 años, 2 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310399363	MANABI	CHONE	RICAUORTE	NN y	000-000-0000 /
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	1310399363	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	09	23
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 DE 34 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE LA CENTRO DE SALUD POR ALERGIA DE GRAN INTENSIDAD QUE CUBRE GRAN PARTE DE LA CARA DE 12 HORAS DE EOVLUCION, PACIENTE NOS COMENTA QUE HA TENIDO MUCHOS CUADROS DE ALERGIA A REPETICION Y QUE NO CEDE CON ANTIHISTAMINICOS, NOS INDICA QUE A PESAR DE TOMAR MEDICACION DEMORA EN SU RECUPERACION, AL MOMENTO BUEN ESTADO GENERAL, SIN SIGNOS O SINTOMS DE ALARMA, ACTIVO, COLBAORADOR, SE INICIA TRAMITE DE REFERENCIA CON DERMATOLOGIA PARA UNA MEJOR VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE LA CENTRO DE SALUD POR ALERGIA DE GRAN INTENSIDAD QUE CUBRE GRAN PARTE DE LA CARA DE 12 HORAS DE EOVLUCION, PACIENTE NOS COMENTA QUE HA TENIDO MUCHOS CUADROS DE ALERGIA A REPETICION Y QUE NO CEDE CON ANTIHISTAMINICOS, NOS INDICA QUE A PESAR DE TOMAR MEDICACION DEMORA EN SU RECUPERACION, AL MOMENTO BUEN ESTADO GENERAL, SIN SIGNOS O SINTOMS DE ALARMA, ACTIVO, COLBAORADOR, SE INICIA TRAMITE DE REFERENCIA CON DERMATOLOGIA PARA UNA MEJOR VALORACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-23	10:42	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-09-23	10:42	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

