

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AMERA	LOOR	GLADYS PATRICIA	28	06	1985	40 años, 8 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	1311954950	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE CHILE y VICTORIA AVELLAN	099-705-8096 /
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	1311954950	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	03	12
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

MUJER DE 40 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA ALERGIAS : PENICILINA APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE AQX: 2 CESAREAS AGO: G: 4 A: 2 C: 2 SALPINGECTOMIA BILATERAL APF MADRE CON TRASTORNO TIROIDES ACUDE A CONTROL DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 12 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE LESIONES ERITEMATOSAS DE DISTRIBUCIÓN DIFUSA EN EXTREMIDADES SUPERIORES, INFERIORES BILATERAL, TRONCO, CUELLO Y BORDE DE CUERO CABELLUDO. REFIERE PRURITO GENERALIZADO. AL EXAMEN FISICO PRESENCIA DE PLACAS ERITEMATOSAS ROJAS DE FORMA ANULAR Y SERPIGINOSA DISTRIBUIDAS EN CUELLO, TORSO, BRAZOS, GLUTEOS, MUSLOS, PANTORILLAS, CON DESCAMACIÓN LEVE. PACIENTE REFIERE AUTOMEDICACION CON CORTICOIDES, ANTIFUNGICOS VIA ORAL Y TOPICA , SIN MEJORIA DE SÍNTOMAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ERITEMA ANULAR CENTRIFUGO	L531	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-12	11:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-03-12	11:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	