

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	MOREIRA	RAQUEL VANESSA	06	06	1984	41 años, 7 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311994709	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE URUGUAY y TRANSVERSAL 5	098-020-0912 /
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/Área
MSP	1311994709	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	02	04
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 41 AÑOS DE EDAD APP: DERMATITIS SEBORREICA, HTA (TTO CON ENALAPRIL 20MG VO QD), ACUDE A CONSULTA POR REFERIR EXACERBACIÓN DESDE HACE 6 MESES DE SU CUADRO DE DERMATITIS SEBORREICA EN CUERO CABELLUDO. AL EXAMEN FISICO: CUERO CABELLUDO: DESCAMACION ABUNDANTE, PRESENCIA DE ESCAMAS BLANQUECINAS Y AMARILLENTAS DIFUSAS ADHERIDAS AL TALLO PILOSO. SE EVIDENCIAN COSTRAS Y LESIONES POR RASCADO, SE PERCIBE OLOR LEVEMENTE FETIDO. EN REGION DE CODO SE EVIDENCIA PIEL SECA (XEROSIS). ACTUALMENTE PACIENTE VUELVE A UTILIZAR TRATAMIENTO INDICADO POR DERMATOLOGA HACE 2 AÑOS SIN VER MEJORIA, SOLO CALMA PRURITO. TRATAMIENTO ACTUAL: CELAMINA ULTRA SHAMPOO CADA 3 DIAS. ADEMAS, HOY CON PERSISTENCIA DE DESCAMACION Y PRURITO EN CUERO CABELLUDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS SEBORREICA, NO ESPECIFICADA	L219		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-04	14:53	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
2026-02-04	14:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	