

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BALDERRAMA	LUCAS	MARIA MELISSA	05	01	2001	24 años, 11 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311997025	MANABI	CHONE	CANUTO	AV SANTA MARTHA y	095-874-3334 /
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	1311997025	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	12	08
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 FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD, QUIEN ACUDE POR LA PRESENCIA DE MÚLTIPLES LESIONES CUTÁNEAS DE CARACTERISTICAS HIPOCROMICAS CON BORDES DELIMITADOS LOCALIZADAS EN MIEMBROS SUPERIORES (DISEMINADAS EN LA REGIÓN POSTERIOR DEL TERCIO MEDIO) Y EN MIEMBROS INFERIORES, ESPECÍFICAMENTE EN LA ZONA GLÚTEA INFERIOR Y LA REGIÓN PROXIMAL DE LA CARA POSTERIOR DE LOS MIEMBROS INFERIORES. REFIERE QUE LAS LESIONES NO HAN PRESENTADO MEJORÍA PESE A TRATAMIENTOS PREVIOS CON ANTIFÚNGICOS, ANTIBIÓTICOS Y CORTICOSTEROIDES. DEBIDO A LA PROGRESIÓN Y DISEMINACIÓN DE LAS LESIONES SIN RESPUESTA TERAPÉUTICA, SE SOLICITA VALORACIÓN POR MEDICO ESPECIALISTA. LA PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL. AL EXAMEN CLÍNICO SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL. EL EXAMEN FÍSICO GENERAL NO EVIDENCIA ALTERACIONES Y NO SE IDENTIFICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PSORIASIS, NO ESPECIFICADA	L409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	11:11	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

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
2025-12-08	11:11	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

