

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	VELEZ	MONSERRATE DEL QUINCHE	15	12	1985	40 años, 2 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312115536	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	AV PLATANALES y	098-237-2462 /
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	1312115536	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	25
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 RELEVANCIA. APQ; COLELECISTECTOMIA, APENDICECTOMIA, ALERGIA MEDICAMENTO NO RECUERDA , MARISCOS, REFIERE QUE HACE 1 AÑO DEBUTO CON CUADRO CLINICO POSTERIOR A INGESTA DE MARISCOS CARACTERIZADO POR LESIONES CUTANEAS DE TIPO HABONES, ERITEMATOSAS, ELEVADAS Y PRURIGINOSAS. ACTUALMENTE PRESENTA LESIONES HIPERPIGMENTADAS MULTIPLES ALREDEDOR DE TORSO, ABDOMEN, MUSLOS Y GLUTEOS, LAS CUALES LE GENERAN PRURITO. REFIERE QUE HACE 2 MESES CUADRO SE EXACERBO POR EL USO DE UN MEDICAMENTO (NO RECUERDA) AL MOMENTO CON PERSISTENCIA DE URTICARIA GENERALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CON EXAMENES DE LABORATORIO 24/01/2024 UROANALISIS ASPECTO TURBIO, NITRITOS POSITIVO, BACTERIAS ++, CELULAS EPITELIALES ++, FILAMENTO MUCOSO ++, CRISTALES URATOS AMORFOS, IGE 110.93.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA	L239	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-25	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
2026-02-25	14:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	