

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	FARIAS	MARIA ISABEL	19	12	1988	37 años, 6 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312371097	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO GONGORA y GONGORA	097-983-5743 /
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	1312371097	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	07	06
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 QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIONES EN LA PIEL DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN (AGOSTO) QUE SE ACOMPAÑAN DE PRURITO INTENSO EN FORMA DE MACULAS DE BORDES DEFINIDOS, ERITEMATOSOS CON ZONAS DESCAMATIVAS QUE MIDEN APROXIMADAMENTE 15X15CM, EN ZONA ANTERIOR DE LA PIERNA 3, 1 EN ZONA INGUINAL, 1 EN EL SENO Y EN ZONA DE MUÑECA, REFIERE HABER ESTADO CON DERMATOLOGO EN FEBRERO EL CUAL LE ENVÍA TRATAMIENTO SIN RESPUESTA, REFIERE HABERSE MEDICADO CON TERBINAFINA 250MG POR UN MÉS, CLOTRIMAZOL CREMA, TERFINAFINA CREMA, FLUCONAZOL TABLETA, BETAMETAZONA, KETONAZOL SIN MEJORÍA, RAZÓN POR LA QUE SE SOLICITA REFERENCIA A DERMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIÑA DEL CUERPO [TINEA CORPORIS]	B354		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	13:55	Medicina Rural	ROMMEL STEVEN ZAMBRANO BARREIRO	1316390481	

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
2026-07-06	13:55	Medicina Rural	ROMMEL STEVEN ZAMBRANO BARREIRO	1316390481	