

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	JENIFFER MONSERRATE	15	02	1997	28 años, 6 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	1313179382	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	1 y	098-172-7055 /
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	1313179382	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	08	18
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

S: PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA, ALERGIAS: CIPROFLOXACINO, APQ: NO REFIERE, APF: PADRES Y ABUELOS CON HTA, AGO: G:3 P:3, PIG: 1 AÑO 10 MESES, FUM: 14/07/2025. ACUDE A CASA DE SALUD POR MICOSIS EN PIE IZQUIERDO, REFIERE UTILIZAR ANTIFUNGICOS TOPICOS (CLOTRIMAZOL 1%, MICONAZOL 2% KETOCONAZOL 2%, TERBINAFINA 1%) SIN MEJORIA ALGUNA REFIERE QUE PRESENTA PRURITO INTENSO Y DESCAMACION DEN ZONA PLANTAR. PACIENTE NIEGA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA. AL EXAMEN FISICO: PIE IZQUIERDO: LESION CIRCULAR ERITEMATOSA DE APROX 5-8 MM DE DIAMETRO CON BORDES ACTIVOS EN PLANTA DE PIE IZQUIERDO, SE EVIDENCIA XEROSIS . SE SOLICITA VALORACION POR DERMATOLOGIA POR FALLO TERAPEUTICO AL TRATAMIENTO ANTIFUNGICO TOPICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIÑA DEL PIE [TINEA PEDIS]	B353		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	21:03	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-18	21:03	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

