

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	BARRE	ERIKA JULIANNA	06	02	1991	35 años, 5 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313351239	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA WALTON GARCIA y CDLA WALTON GARCIA	098-659-0185 /
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	1313351239	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	10
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO LESIONES EN DISTINTOS ESTADIOS LOCALIZADAS ACTUALMENTE EN MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y REGION LUMBAR. LESIONES QUE INICIAN COMO PAPULAS ERITEMATOSAS SOBRE UNA PLACA DEL MISMO TONO QUE EVOLUCIONAN HASTA QUEDAR COMO PLACAS HIPOPIGMENTAS CON UN CENTRO EJE,SIN CONTENIDO APARENTE. AGREGA QUE SON PRURIGINOSAS DE FORMA CONSTANTE Y EN OCASIANES PRESENTA DOLOR DE 6 AÑOS DE EVOLUCION. REFIERE MULTIPLES FRACASOS EN TRATAMIENTOS A LO LARGO DE LOS AÑOS POR LO QUE ACUDE. AL MMOMENTO AFEBRIL, ESTABLE, CONSCIENTE Y ORIENTADA. SE DECIDE VALORACION POR SEGUNDO NIEL POR CONTINUO FRACASO EN TRATAMIENTOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	14:54	Medicina Rural	MIJAIL ANTONIO MIER ABAD	1312279001	

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
2026-07-10	14:54	Medicina Rural	MIJAIL ANTONIO MIER ABAD	1312279001	

