

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DE LA CRUZ	QUIJJE	GEMA MARIA	02	12	1991	33 años, 0 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313786384	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y MALECON	098-143-9032 /
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	1313786384	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	12	03
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS, APP: PSORIASIS DIAGNOSTICADO HACE 20 AÑOS. PACIENTE ACUDE A CONTROL MEDICO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE MULTIPLES PLACAS ERITEMATOSAS BIEN DELIMITADAS EN LA SUPERFICIE EXTENSORA DE CODOS, BRAZOS, RODILLAS Y A NIVEL DE MAMAS. PACIENTE REFIERE INTENSO PRURITO, DESCAMACION EN EXTREMIDADES Y CUERO CABELLUDO. PACIENTE REFIERE HABERSE AUTOMEDICADO CON METOTREXATO 2.5MG BID TRES DIAS A LA SEMANA PERO DEBIDO A EFECTOS SECUNDARIOS SUSPENDIO LA MEDICACION. A LA VEZ PACIENTE REFIERE HABER LLEVADO CONTROLES EN DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA PERO DEBIDO A QUE QUEDO EMBARAZADA NO PUDO CONTINUAR CON LAS SESIONES DE FOTOTERAPIA. SE REALIZA REFERENCIA A DERMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	21:53	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-12-03	21:53	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

