

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ZAMBRANO	JAIR VALENTIN	12	02	2007	18 años, 7 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314184621	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	BEJUCAL VIA A CANUTO y	096-394-2173 /
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	1314184621	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	10	02
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

HOMBRE 18 AÑOS AÑOS DE EDAD, NO REFIERE APP, NO REFIERE ALERGIAS, APQX: CIRCUNSION, APF: MADRE CON HIPOTIROIDISMO, PADRE CON HTA. ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA LESIONES DESCAMATIVAS EN REGION DE CARA EN LOS COMISURAS NASALES, RETROAURICULARES, CUERO CABELLUDO Y RETROACRICULARES , ACOMPAÑO DE PRURITO Y DESCAMACION PACIENTE AUTOMEDICA TRIGENTA (CLOTRIMAZOL + NEOMICINA + BETAMETAZONA) DE LARGA DATA SIN MEJORIA CLINICA . AL EXAMEN FISICO: LESIONES SUGESTIVAS DE DERMATITIS SEBORREICA. HOY ASINTOMATICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS SEBORREICA, NO ESPECIFICADA		L219	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	09:33	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
2025-10-02	09:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	