

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRILLO	ESTRELLA	EHIMY PATRICIA	18	05	2008	17 años, 11 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	1314300185	MANABI	JUNIN	JUNIN	CAÑA DULCE y SN	098-037-2019 /
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	1314300185	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	04	22
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 FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DERMATITIS ATOPICA POR CONTACTO CON ALERGENOS, PRESENTANDO MULTIPLES LESIONES EN PIEL. ACUDE PARA VALORACION DE SU CONDICION DE SALUD POR PRESENTAR CRISIS DE ANSIEDAD, DOLOR PARA TRAGAR, DESMAYOS. SE RECIBEN RESULTADOS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS DONDE COMENTAMOS: HEMOGLOBINA 11.2 GR/DL, HEMATOCRITO 35%, PLAQUETAS 252000, EXAMEN MICROSCOPICO DE ORINA CON PRESENCIA DE BACTERIAS +, CELULAS EPITELIALES ++, FILAMENTOS MUCOSOS ESCAZOS, HEMATIES 1-2, PIOCITOS 2-4 X/C, TSH 5.09 UI/L.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HEMOGLOBINA 11.2 GR/DL, HEMATOCRITO 35%, PLAQUETAS 252000, EXAMEN MICROSCOPICO DE ORINA CON PRESENCIA DE BACTERIAS +, CELULAS EPITELIALES ++, FILAMENTOS MUCOSOS ESCAZOS, HEMATIES 1-2, PIOCITOS 2-4 X/C, TSH 5.09 UI/L.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	L209		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	11:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-04-22	11:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	