

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	MOREIRA	GILLARY CAMILA	10	08	2004	21 años, 8 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314474857	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	098-726-8185 /
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	1314474857	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	04	21
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 21 AÑOS DE EDAD APQ: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, APP: CON ANTECEDENTE DE PSORIASIS VULGAR DIAGNOSTICADA DESDE LOS 16 AÑOS DE EDAD. REFIERE BROTES RECURRENTES DE LESIONES CUTÁNEAS DE DISTRIBUCIÓN GENERALIZADA, QUE AFECTAN CUERO CABELLUDO, ROSTRO, PABELLONES AURICULARES, CODOS, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES. MANIFIESTA QUE DURANTE LOS EPISODIOS DE EXACERBACIÓN, PRESENTA LESIONES INFLAMATORIAS CON IRRITACIÓN INTENSA Y COMPROMISO IMPORTANTE DE LA PIEL, ESPECIALMENTE EN MIEMBROS INFERIORES, DONDE HA EVIDENCIADO LESIONES TIPO QUEMADURA SECUNDARIAS A LA SEVERIDAD DEL BROTE. EL CUADRO HA TENIDO EVOLUCIÓN CRÓNICA CON REAGUDIZACIONES PERIÓDICAS, POR LO QUE SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA PARA MANEJO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PSORIASIS VULGAR	L400		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-21	10:35	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-04-21	10:35	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

