

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	MOREIRA	GILLARY CAMILA	10	08	2004	21 años, 11 meses, 10 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	Dermatología		2026	07	20
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 CON ANTECEDENTE DE PSORIASIS VULGAR DIAGNOSTICADA A LOS 16 AÑOS. PRESENTA EVOLUCIÓN CRÓNICA CARACTERIZADA POR BROTES RECURRENTES DE LESIONES CUTÁNEAS ERITEMATO-DESCAMATIVAS DE DISTRIBUCIÓN GENERALIZADA, CON COMPROMISO DE CUERO CABELLUDO, ROSTRO, PABELLONES AURICULARES, CODOS Y MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES. DURANTE LAS EXACERBACIONES REFIERE INTENSA IRRITACIÓN E INFLAMACIÓN DE LAS LESIONES, CON IMPORTANTE AFECTACIÓN DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA, PREDOMINANDO EN MIEMBROS INFERIORES, DONDE HA PRESENTADO LESIONES DE ASPECTO TIPO QUEMADURA SECUNDARIAS A LA SEVERIDAD DEL PROCESO INFLAMATORIO. LA ENFERMEDAD HA CURSADO CON REAGUDIZACIONES PERIÓDICAS QUE CONDICIONAN COMPROMISO CLÍNICO SIGNIFICATIVO, POR LO QUE REQUIERE VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA.

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
2026-07-20	08:37	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
2026-07-20	08:37	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

