

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CASTRO	KAROLINE LISSETH	07	09	2000	25 años, 3 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314643550	MANABI	CHONE	RICAUARTE	CALLE ATANASIO SANTOS y	098-210-6571 /
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	1314643550	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	12	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 25 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE APQ: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR SARPULLIDO EN REGION AXILAR Y INFRAMAMARIA, PACIENTE REFIERE PRURITO Y LEVE DOLOR, YA HAN INDICADO TRATAMIENTO (NO REFIERE CUAL) PERO NO REFIERE MEJORIA. AL MOMENTO ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL EN REGION AXILAR E INFRAMAMARIA SE OBSERVA INFLAMACION, ENROJECIMIENTO, RESEQUEDAD Y HABONES. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJRCICIO 3. HIDRATACION 4. REFERENCIA A DERMATOLOGIA 5. UREA 10% CREMA 6. SIGNOS DE ALARMA 7. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE APQ: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE CARACTERIZADO POR SARPULLIDO EN REGION AXILAR Y INFRAMAMARIA, PACIENTE REFIERE PRURITO Y LEVE DOLOR, YA HAN INDICADO TRATAMIENTO (NO REFIERE CUAL) PERO NO REFIERE MEJORIA. AL MOMENTO ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS; TÓRAX SIMÉTRICO, CSPA CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL EN REGION AXILAR E INFRAMAMARIA SE OBSERVA INFLAMACION, ENROJECIMIENTO, RESEQUEDAD Y HABONES. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA Y EJRCICIO 3. HIDRATACION 4. REFERENCIA A DERMATOLOGIA 5. UREA 10% CREMA 6. SIGNOS DE ALARMA 7. CONTROL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-22	19:51	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

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
2025-12-22	19:51	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	