

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	BRIONES	CINDY CAROLINA	04	04	1998	28 años, 3 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314760479	MANABI	JUNIN	JUNIN	VIA PORTOVIEJO y SN	099-242-6697 /
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	1314760479	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	07	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 28 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES DE DERMATITIS ATOPICA DE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS DE EVOLUCION LLEVABA SEGUIMIENTO EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES POR DERMATOLOGIA, NO PUDO ACUDIR A UNA CITA Y PERDIO EL SEGUIMIENTO POR LO QUE ACUDE A CONSULTA SOLICITANDO REFERENCIA YA QUE LOS MULTIPLES TRATAMIENTOS QUE HA REALIZADO CON ESTEROIDES LOCALES Y SISTEMICOS PUES NO HAN MOSTRADO MEJORIA CLINICA Y MAS BIEN EL CUADRO DE DERMATITIS SE LE HA AGUDIZADO, PRESENTA LESIONES EN PLACA CON DESCAMACION EN BRAZOS, ESPALDA QUE CAUSAN PRURITO INTENSO MAS AUN A LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA LESIONES EN PLACA CON DESCAMACION EN BRAZOS, ESPALDA QUE CAUSAN PRURITO INTENSO MAS AUN A LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	12:06	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
2026-07-22	12:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

