

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	GILER	HENRRY MIGUEL	26	01	2007	17 años, 8 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314899541	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE y RICAURTE	098-630-3548 /
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	1314899541	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	10	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS, APP: NO REFIERE, ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO HACE 5 AÑOS LA CUAL INVOLUCRA GOLPE EN CABEZA SIN RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO, APF: ABUELOS MATERNOS Y PATERNOS CON DM E HTA, ALERGIAS: NO REFIERE, AQX: NO REFIERE, AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR CEFALEA DE 15 DIAS DE EVOLUCION, EVOLUCION REAL 1 AÑO, DE LOCALIZACION OCCIPITAL UNILATERAL IZQUIERDO, PRESENCIA CONTINUA EN TIEMPO, REFIERE NO SER LA PRIMERA OCASION, DE INTENSIDAD MODERADA, 8/10 EN ESCALA DE EVA. NO CEDE CON LA ADMINISTRACION DE PARACETAMOL, NO SE RELACIONA CON LACTIVIDADES ESCOLARES, PRESENCIA INDIFERENTE AL MOMENTO DEL DIA. SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE (NAUSEAS, VOMITOS). SE BRINDA MANEJO DE MIGRAÑA. PACIENTE ADEMS PRESENTA PERDIDA DE CABELLO EN PARCHES DE APROXIMADAMENTE 5 CM DE DIAMETRO EN NUMERO DE DOS DE PAROXIMADAMNET 5 MESES DE EVOLUCION CON AUMENTO DE ESTA PPERDIDA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALOPECIA AREATA, NO ESPECIFICADA	L639	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-16	11:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-10-16	11:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

