

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	VERA	BRYAN PAUL	20	08	2002	23 años, 7 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314991694	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA CUCUY SAN ISIDRO y	099-175-9399 /
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	1314991694	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	03	31
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

☐

SOLICITUD POR DEMANDA ESPONTANEA DEL PACIENTE

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente masculino de 23 años que acude a consulta por cuadro clínico de reciente aparición caracterizado por lesiones tipo rash en miembros inferiores, sin prurito ni signos de irritación asociados. Solicita por demanda espontánea valoración por Dermatología. Se encuentra en buen estado general.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SOLICITUD POR DEMANDA ESPONTANEA DEL PACIENTE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	23:14	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDAÑO	1312946617	

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
2026-03-31	23:14	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDAÑO	1312946617	

