

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	NAPA	MARIA MERCEDES	13	02	2004	21 años, 5 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	1315327963	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	QUIÑONES UNO y QUIÑONES UNO	096-313-6609 /
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	1315327963	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	07	31
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 SIN APP DE RELEVANCIA, APF: MADRE DM APQ: COLECISTECTOMIA Y APENDICECTOMIA , ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NO REFIERE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR PRESENTAR ALERGIA DE DOS SEMANAS DE EVOLUCION QUE SE MANIFIESTA SOLO EN REGION FACIAL TIPO RASH QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO, . AL MOMENTO AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. SE EMITR REFERENCIA A DERMATOLOGIA PARA VALORACION Y MANEJO COMPLEMENTARIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REGION FACIAL TIPO RASH QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A OTROS AGENTES	L238	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	12:34	Medicina Rural	ANGGIE MARIUXI MUÑOZ ALCIVAR	1314423656	

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
2025-07-31	12:34	Medicina Rural	ANGGIE MARIUXI MUÑOZ ALCIVAR	1314423656	