

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	ANDRADE	MARIA ISABEL	09	01	2001	24 años, 6 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315374007	MANABI	CHONE	RICAU RTE	CDLA GONZALEZ y	095-950-2274 /
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	1315374007	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	08	06
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 24 AÑOS DE EDAD CON APP: TRASTORNO DE GLÁNDULA HIPÓFISIS QUE LE OCASIONA GALACTORREA Y SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS APQ: APENDICECTOMIA ALERGIAS: EMBUTIDOS, COLORANTES, CAMBIO CLIMATICO APF: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRURITO GENERALIZADO, EN ESTE MOMENTO PACIENTE ACUDE CON RASH EN TORAX, CUELLO, MIEMBRO SUPERIOR Y ROSTRO, SE ACOMPAÑA DE PRURITO INTENSO, PACIENTE REFIERE QUE HACE 5 AÑOS ESTUVO EN TRATAMIENTO DERMATOLOGICO PERO QUE ACTUALMENTE LA MEDICACION NO HACE EFECTO. AL MOMENTO AFEBRIL, 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: RS HS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL CON RASH EN TORAX, CUELLO, MIEMBRO SUPERIOR Y ROSTRO. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. SIGNOS DE ALARMA 3. DIETA Y EJERCICIO 4. MEDICACION HABITUAL 5. REFERENCIA DERMATOLOGIA 6. HIDROCORTISONA 500MG IV STAT 7. CONTROL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD CON APP: TRASTORNO DE GLÁNDULA HIPÓFISIS QUE LE OCASIONA GALACTORREA Y SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS APQ: APENDICECTOMIA ALERGIAS: EMBUTIDOS, COLORANTES, CAMBIO CLIMATICO APF: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRURITO GENERALIZADO, EN ESTE MOEMNTO PACIENTE ACUDE CON RASH EN TORAX, CUELLO, MIEMBRO SUPERIOR Y ROSTRO, SE ACOMPAÑA DE PRURITO INTENSO, PACIENTE REFIERE QUE HACE 5 AÑOS ESTUVO EN TRATAMIENTO DERMATOLOGICO PERO QUE ACTUALMENTE LA MEDICACION NO HACE EFECTO. AL MOMENTO AFEBRIL, 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, CS PS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL CON RASH EN TORAX, CUELLO, MIEMBRO SUPERIOR Y ROSTRO. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. SIGNOS DE ALARMA 3. DIETA Y EJERCICIO 4. MEDICACION HABITUAL 5. REFERENCIA DERMATOLOGIA 6. HIDROCORTIS ONA 500MG IC STAT 7. CONTROL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	12:21	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 clínico

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
2025-08-06	12:21	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	