

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres   | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| HIDROVO          | MACIAS           | IVAN RENE | 01                  | 11  | 1997 | 27 años, 4 meses, 13 días | Hombre  |
|                  |                  |           | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315414308        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | VIA PRINCIPAL y              | 096-801-6159 /       |
| 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                 | 1315414308      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Dermatología | 2025  | 03  | 10  |
| 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 MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD REFIERE APARICIÓN PROGRESIVA DE LESIONES PUNTIFORMES PRURIGINOSAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DESDE HACE APROXIMADAMENTE 12 MESES. DESCRIBE QUE INICIALMENTE ERAN PEQUEÑAS PÁPULAS ERITEMATOSAS CON PRURITO INTENSO, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA ACOMPAÑANTE. EN LOS ÚLTIMOS MESES, HA NOTADO EXTENSIÓN Y PERSISTENCIA DE LAS LESIONES, CON APARICIÓN DE ÁREA DESCAMATIVA HIPERPIGMENTADA EN PIERNA IZQUIERDA, LA CUAL HA AUMENTADO PROGRESIVAMENTE DE TAMAÑO. MENCIONA HABER RECIBIDO TRATAMIENTO CON FLUCONAZOL, IVERMECTINA Y PERMETRINA SIN NOTAR MEJORIA. NO REFIERE FIEBRE, SÍNTOMAS SISTÉMICOS NI EXPOSICIÓN RECIENTE A SUSTANCIAS IRRITANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

• LESIONES PUNTIFORMES ERITEMATOSAS Y PRURIGINOSAS DISEMINADAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES. • EN PIERNA IZQUIERDA, PRESENCIA DE ÁREA DESCAMATIVA HIPERPIGMENTADA, DE BORDES IRREGULARES Y CON LEVE ENGROSAMIENTO DE LA PIEL. • NO SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN (AUSENCIA DE SECRECIÓN PURULENTO O COSTRAS MELICÉRICAS).

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------|--------|-----|-----|
| PSORIASIS, NO ESPECIFICADA | L409   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-10 | 14:29 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-10 | 14:29 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |

