

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MOREIRA	MAYKEL ANDRE	15	11	2009	16 años, 8 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	1316002896	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	A y A	/
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	1316002896	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	07	28
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

ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE REFIERE QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE EVOLUCIÓN SUBAGUDA CARACTERIZADO POR EXANTEMA EN AMBOS MIEMBROS SUPERIORES, CON PLACAS ERITEMATO-DESCAMATIVAS, RESEQUEDAD CUTÁNEA MARCADA, DESCAMACIÓN Y MÚLTIPLES LESIONES COSTROSAS Y PUSTULOSAS SECUNDARIAS AL RASCADO, ACOMPAÑADAS DE PRURITO INTENSO DE PREDOMINIO CONTINUO, CON AFECTACIÓN DEL DESCANSO Y DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE DECAIMIENTO Y MALESTAR GENERAL. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIAN LESIONES ECZEMATOSAS BILATERALES EN MIEMBROS SUPERIORES CON SIGNOS DE EXCORIACIÓN, EL PRURITO PERSISTENTE. SOSPECHA DE DERMATITIS ATÓPICA. SE CONSIDERA PERTINENTE REFERENCIA A DERMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y ESTABLECIMIENTO DE MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y APOYO POR ESPECIALIDAD PARA TTO ESPECIALIZADO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	08:01	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-07-28	08:01	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

