

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ALMEIDA	SCARLETH DUBRASKA	20	04	2009	15 años, 7 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316241460	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	098-107-0470 /
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	1316241460	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	12	16
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



3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 15 AÑOS QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MANCHAS DESPIGMENTADAS EN TODO EL CUERPO, HA UTILIZADO CREMAS COMO CLOTRIMAZOL LA CUAL REFIERE QUE LE CAUSO IRRITACION POR LO QUE NO TERMINO TRATAMIENTO, REFIERE ADEMAS HABER USADO KALMURA LA CUAL TAMBIEN LE IRRITO Y POR ULTIMO HA USADO CREMA DERMOSUPRIL CON LA CUAL HA VISTO LEVE MEJORIA PERO EL CUADRO NO CEDE. REFIERE QUE TODOS LOS PROTECTORES SOLARES Y PRODUCTOS DE MAQUILLAJE QUE HA UTILIZADO LE HAN CAUSADO ERITEMA EN PIEL Y EDEMA EN CARA POR LO QUE LOS TERMINA SUSPENDIENDO. SE REFIEERE A DERMATOLOGIA PARA MAYOR VALORACION Y RESPECTIVO TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES, DE CAUSA NO ESPECIFICADA	L249	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-16	12:25	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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