

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	BRIONES	SHEILYN CAMILA	15	03	2009	16 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316392032	MANABI	CHONE	RICAUARTE	24 DE MAYO y	/ (09)-636-5611
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	1316392032	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	11	24
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 16 AÑOS DE EDAD, ES TRAÍDA POR SU MADRE A ESTA CASA DE SALUD Y REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR APARICIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN; PACIENTE MENCIONA ANTECEDENTE DE DIAGNÓSTICO DE CELULITIS EN EL MES DE ABRIL. AL MOMENTO PRESENTA LESIONES EN EXTREMIDADES INFERIORES Y CARA, DESCRIBIÉNDOLAS COMO NÚDULOS ERITEMATOSOS Y DOLOROSOS, ALGUNOS CON SIGNOS DE SUPURACIÓN Y ESCORIACIONES SECUNDARIAS AL RASCADO. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADA, NORMOCÉRMICA; PIEL CON MÚLTIPLES NÚDULOS Y PÁPULAS ERITEMATOSAS EN AMBAS PIERNAS Y REGIÓN FACIAL, ALGUNAS LESIONES CON COSTRAS HEMÁTICAS, OTRAS CON SUPURACIÓN MÍNIMA, SIN FLUCTUACIÓN MARCADA PERO CON SENSIBILIDAD A LA PALPACIÓN; NO SE EVIDENCIA EXTENSIÓN DE ERITEMA NI CALOR LOCAL COMPATIBLE CON CELULITIS ACTIVAS. TÓRAX CON MV ADECUADO, RC2T SIN SOPLOS; ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO; EXTREMIDADES ÍNTEGRAS, SIN EDEMA; NEUROLÓGICO SIN ALTERACIONES. SE REALIZA REFERENCIA A SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ABSCESO CUTANEO , FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO	L029	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-24	09:43	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-11-24	09:43	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

