

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DOMINGUEZ	LUCAS	AMBAR GISSELLA	16	09	1997	28 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316460755	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LA LIBETAD y GENERAL RUMIÑAHUI	096-324-7366 /
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	1316460755	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Dermatología	2026	08	06
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

PACIENTE APP DE OBESIDAD MORBIDA, BLOQUEO A/V DE PRIMER GRADO CON TTO CON ATENOLOL 50mg UNA TABLETA DIARIA, , NIEGA SINTOMAS, BUEN APETITO, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. RIESGO CV A 10 AÑOS: 3% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 11 ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESION ESCAMOSAS EN CURO CABELLUDO QUE PROVOCA PRURITO INTENSO. REFIERE HABER SIOD ATENDIDA POR DERMATOLOGIA DE HOSPITAL DE BAHIA EN ESPERA DE BIOPSIA PARA DISGNSOTICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NC

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS PSORIASIS	L408		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-06	11:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	MONICA ROSALIA ARTEAGA GENDE	1310631591	

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
2026-08-06	11:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	MONICA ROSALIA ARTEAGA GENDE	1310631591	