

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVEIGA	ZAMBRANO	MELANY ELIANA	22	05	2011	14 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316604345	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	GENERAL SERRANO y	099-413-7263 /
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	1316604345	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	01	05
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 CON DISCAPACIDAD ACUDE CON TIA MATERNA CON HISTORIAL DE OTITIS CRONICA MUCOIDE. LLAMA LA ATENCION CUADRO CLINICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION DE LESIONES DERMICAS BULLOSAS CON HALO ERITEMATOSA COSTROSAS PRURIGINOSAS EN REGION DE CARA BRAZOS Y GLUTEOS EN MULTIPLE TRATAMIENTO SIN MEJORIA CLINICA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

IGE 72 T4 1.48 TSH 5.23 TIROGLOB 8.13 ANTI TIROG 92.4 ANTI TPO 0.08 ASTO 22 FR 1 PCR B2 LEU 5.33 LIN 31 NEU 61 HB 13.1 HCT 40.2 PLT 336 GLUCOSA 79 COL 132 TRIG 105 AU 5.2 UREA 25 CREA 0.8 TGO 23 TGP 25 FA 306
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PIODERMA	L080		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-05	13:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	

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
2026-01-05	13:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	