

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	AVEIGA	DAHIAN FABRICIO	09	03	2010	15 años, 6 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317011524	MANABI	CHONE	CONVENTO	CALLE RAMON GILER Y GUMERCINDO CEDEÑO y	099-635-4169 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1317011524	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	09	09
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 MASCULINO DE 15 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR PRESENTAR RASH LOCALIZADO Y PRURITO EN TORAX Y CUELLO DE 4 MESES DE EVOLUCION. MADRE REFIERE ADMINISTRAR PROLONGADAMENTE LORATADINA DE 10 MG (1 DIARIA) SIN MEJORIA SIGNIFICATIVA. MADRE REFIERE VACUNAS COMPLETAS Y QUE NADIE MAS EN CASA PRESENTA DICHA PATOLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE ALERTA, COLABORADOR GLASGOW 15/15, HIDRATADO, CONSCIENTE. SE REQUIERE VALORACION POR SERVICIO DE DERMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO: PIEL: EXANTEMA GENERALIZADO EN TORAX QUE SE EXTIENDA HACIA EL CUELLO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-09	10:17	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2025-09-09	10:17	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	