

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	CAICEDO	KEYLA ELAISA	09	06	2013	12 años, 10 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	1317398392	MANABI	CHONE	CANUTO	VARGAS TORRES y ROCAFUERTE	0960685083
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	1317398392	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	04	23
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 12 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 3 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR SUDORACIÓN EXCESIVA Y MAL OLOR A NIVEL DE PLIEGUES CUTÁNEOS, INCLUSO SIN HABER REALIZADO ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO DE MANERA PARTICULAR CON JABÓN DE GEOFIBRINA Y ANTIFÚNGICO TÓPICO, SIN EVIDENCIAR MEJORÍA CLÍNICA, PRESENTANDO INCLUSO EMPEORAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ACOMPAÑANTE. MANIFIESTA PREOCUPACIÓN POR LA PERSISTENCIA DEL CUADRO Y REFIERE NECESIDAD DE SER VALORADA POR DERMATOLOGÍA PARA ESTUDIO, DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO Y MANEJO ESPECIALIZADO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA HUMEDAD A NIVEL DE PLIEGUES CUTÁNEOS, CON OLOR DESAGRADABLE REFERIDO, SIN ERITEMA MARCADO, SIN LESIONES EXCORIATIVAS, SIN PLACAS, SIN SECRECIÓN Y SIN DATOS EVIDENTES DE SOBREINFECCIÓN BACTERIANA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERHIDROSIS LOCALIZADA	R610	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-23	15:30	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-04-23	15:30	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

