

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	RIVAS	JIPSON ARIEL	18	03	2005	21 años, 3 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317659033	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SANTA MARTHA y	096-933-9411 /
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	1317659033	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	07	03
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 DE 21 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, AA: NIEGA. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIONES ERITEMATOSAS SIN BORDDES LIMITADOS EN ZONA LUMBAR DED VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION, MANIFIESTA PRURITO, RUBOR, NIEGA CALOR, HA SIDO TRATADO CON KALMURA, DEXAMENTASONA, HIDROCORTISONA Y BETAMETASONA IV EN 3 OCASIONES Y NIEGA MEJORIA, REFIERE ALIMENTARSE ADECUADAMENTE, REALIZA NECESIDADES FISIOLÓGICAS SIN DIFICULTADES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO. NO REFIERE SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIONES ERITEMATOSAS SIN BORDDES LIMITADOS EN ZONA LUMBAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA		L209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	14:09	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-07-03	14:09	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	