

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAVARRETE	LOOR	GENESIS MICHELLE	04	05	2008	18 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317683272	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	000-000-0000 /
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	1317683272	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2026	06	17
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 18 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. REFIERE CUADRO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIONES EN CUERO CABELLUDO MUY PRURIGINOSAS, COMO ANTECEDENTE IMPORTANTE PREVIO A LA APARICION DE LESIONES REFIERE TRATAMIENTO CAPILAR TIPO QUERATINA (HACE 1 AÑO). AL EXAMEN FISICO SE OBSERVAN ERITEMATOSAS MAL DELIMITADAS, ASOCIADAS A DESCAMACIÓN FINA DE ASPECTO GRASO Y COLORACIÓN AMARILLENTA, LOCALIZADAS EN CUERO CABELLUDO, REGIÓN RETROAURICULAR, CEJAS Y SURCOS NASOGENIANOS. REFIERE PRURITO LEVE A MODERADO, NO HAY PRESENCIA DE EXUDADO, COSTRAS HEMÁTICAS NI SIGNOS DE INFECCIÓN SOBREGREGADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SEBORREA CAPITIS	L210		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	10:20	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-06-17	10:20	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	