

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	MOREIRA	VICTOR HIROSHI	03	11	2012	12 años, 4 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350403562	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 2000 y	095-900-4104 / (99)-999-9999
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	1350403562	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	03	20
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 12 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE, ANTECEDENTES FAMILIARES: DIABETES MELLITUS ABUELA PATERNA. ALERGIA NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA POR REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO EN EL QUE SE EVIDENCIA ANEMIA LEVE CON HB 12.8 G/DL, SE ENVIA A REALIZAR HEMOGLOBINA GLICOSILADA DE MANERA PARTICULAR POR SOSPECHA DE RESISTENCIA A LA INSULINA SIN EMBARGO SE EVIDENCIA VALORES NORMALES. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA PRESENCIA DE MÁCULAS HIPERPIGMENTADAS EN REGIÓN TIBIAL BILATERAL. LESIONES DE BORDES BIEN DEFINIDOS. SUPERFICIE ÁSPERA. SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN ACTIVA (ERITEMA, EDEMA, CALOR LOCAL). NO EVIDENCIA DE DESCAMACIÓN, ULCERACIÓN O EXUDADO. SENSIBILIDAD CONSERVADA EN LA ZONA AFECTADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON CORITCOIDE, ANTIBIOTICO TOPICO PERO NO ENCUENTRA MEJORIA CLINICA Y SE EVIDENCIA EXPANSION DE LESION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LIQUEN PLANO, NO ESPECIFICADO	L439	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-20	16:05	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-03-20	16:05	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

