

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REINA	VERGARA	SCARLETH ELIZABETH	10	09	2011	14 años, 2 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350496848	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO y	098-991-8949 /
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	1350496848	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2025	12	01	
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 FEMENINO DE 14 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA REALIZAR EXAMEN MEDICO CONTROL, REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 DE EVOLUCION DE ERUPCION CUTANEA EN FORMA DE PAPULAS A NIVEL DE PIERNA DERECHA DE FORMA ESPORADICA PRURIGINOSAS SIN PRESENCIA DE PUS, NO DESAPARECEN. ADEMAS REFIERE PRESENCIA DE ACUMULACION DE PAPULAS A NIVEL DE BRAZO DERECHO, ASI MISMO PRURIGINOSAS. PACIENTE COMENTA SINTOMAS: CEFALEA INTENSA, NAUSEAS QUE LLEGAN AL VOMITO DESPUES DE COMER DE ONTENIDO NO ALIMENTICIO ACOMPAÑADO DE DOLOR ARTICULAR DE LARGA EVOLUCION Y ALOPECIA. NIEGA ALZA TERMICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HB 13.4 HCT 42.6 HCM 26.3* PLAT 346000 PLA 9.5 * GB 6.64 LINF 33.6 NEUT 55.1 //// D;GLUC 105.6 /// CPROPARASITARIO: SIN PRESENCIA DE PARASITOS /// AST, FR Y PCR: NEGATIVOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS DERMATITIS ATOPICAS	L208		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	14:00	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	 Firmado electrónicamente por: MARIA JOSE MEZA CUSME Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-01	14:00	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

