

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| RIVADENEIRA      | SANTANA          | MARX LENIN | 18                  | 09  | 2002 | 22 años, 0 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        | 1350535603        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PUERTO ARTURO y              | 099-735-6914 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |  |  | Distrito/Area  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--|--|----------------|--|
| MSP                 | 1350535603      | 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 | 2024 | 10 09   |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  |  | Servicio         | Especialidad | día  | mes año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 22 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR LESIONES EN PIEL TIPO RONCHAS, MENCIONA QUE APARECEN POR CONTACTO CON CUALQUIER TIPO DE SUPERFICIE, INICIA PRESENTADO MACULA ROJA QUE LUEGO SE FORMA RONCHA Y NO CEDE CON ANTIHISTAMINICOS Y CEDE TEMPORALMENTE CON CORTICOIDES. SE REALIZA REFERENCIA CON DERMATOLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                             |
|-----------------------------|
| VALORACION POR ESPECIALIDAD |
|-----------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     |  | Firmado electrónicamente por:<br>JESUS GREGORIO LOOR VERA |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 2024-10-09 | 14:44 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |                                                                                     |                                                           |

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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2024-10-09 | 14:44 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |