

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AIZPRUA	MOLINA	BRITHANY RASHELL	12	02	2009	16 años, 8 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350550180	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EGDI MARIA y	096-802-9857 /
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	1350550180	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	10	16
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 16 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS ATÓPICA, QUE PRESENTA PRURITO INTENSO Y ERITEMA EN LA PIEL, PRINCIPALMENTE EN ÁREAS FLEXURAS COMO CODO Y RODILLAS ADEMÁS SE EVIDENCIA LESIONES EN ESPALDA, ABDOMEN, PIERNAS, ASÍ COMO EN EL CUELLO Y CARA. LA LESIÓN CUTÁNEA SE MANIFIESTA COMO MANCHAS ROJAS, ESCAMOSAS Y SECAS, CON ALOJAMIENTO DE LESIONES EXUDATIVAS Y CRUSTOSAS EN PERIODOS DE AGUDIZACIÓN. LOS EPISODIOS SE EXACERBAN CON EL CONTACTO CON DETERGENTES, CONTACTO CON ROPA JEAN O LANA, CAMBIO DE CLIMA Y ESTRÉS. LA PACIENTE REFIERA HISTORIA RINITIS ALÉRGICA, ASÍ COMO ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS. NO HAY SEÑALES DE INFECCIÓN BACTERIANA SECUNDARIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-16	09:24	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

