

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARBOLEDA	ALCIVAR	JHADE ELIZABETH	27	02	2013	11 años, 9 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350670392	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y	098-184-4738 /
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	1350670392	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Dermatología		2024	12	02
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 ADOLESCENTE VIENE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORADORA, RESPONDIENDO TODAS LAS PREGUNTAS REALIZADAS, AL MOMENTO DE LA CONSULTA ACUDE POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR PRESENTAR LESIONES DERMICAS, MADRE REFIERE QUE ANTE CUALQUIER PICADURA SE LE GENERAN VESICULAS, COSTRA Y LE QUEDA CICATRIZ. SE REALIZA ENCUESTA AL ADOLESCENTE Y TAMIZAJE DE VIOLENCIA, PACIENTE NO PRESENTA RIESGO, BUEN AMBIENTE FAMILIAR Y AÑADE QUE NO HA SUFRIDO DE VIOLENCIA. AL MOMENTO DE ESTA CONSULTA PACIENTE NO HA INICIADO SU VIDA SEXUAL POR LO QUE INDICANO REQUIERE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. SE DA CHARLA SOBRE SALUD SEXUAL Y SE HACE HINCAPIE EN LOS CUIDADOS AL MOMENTO DE INICIAR SU VIDA SEXUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON EXAMENES DE LABORATORIOS ACTUALIZADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS URTICARIAS	L508	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-02	09:43	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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