

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	CHASING	KEVIN ALFREDO	19	02	2010	15 años, 4 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350773667	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AGUAS CLARAS y	057-456-5656 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1350773667	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	07	14
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 MASCULINO DE 15 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQX: NO REFIERE, AA: NO REFIERE, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIÓN DERMICA LOCALIZADA ALREDEDOR DE RODILLA IZQUIERDA QUE INICIA DE FORMA VESICULAR PRURIGINOSA QUE CULMINA EN FORMACIÓN DE COSTRA QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO INTENSO, NIEGA ALZA TÉRMICA Y DEMÁS SINTOMATOLOGIA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS , MADRE REFIERE HABER APLICADO DIVERSAS CREMAS (CLOTRIMAZOL) SIN MEJORÍA DE CUADRO CLÍNICO ANTES DESCRITO. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD. TEL: 0968831065

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS INFECCIONES LOCALES ESPECIFICADAS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	L088	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-14	14:28	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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 clínico

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
2025-07-14	14:28	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	