

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	MURILLO	ANDREA NICOLE	27	03	2006	18 años, 6 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350868616	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LAS PIEDRAS y	096-995-6925 /
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	1350868616	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	10	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE ASMA, NO REFIERE ALERGIAS, QUIEN ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR MANCHAS ERITEMATOSAS DE INICIO SÚBITO EN MIEMBROS SUPERIORES, REFIERE ACUDIR A MÉDICO QUIEN ADMINISTRA CORTISONA IV, SIN MEJORÍA CLÍNICA, CUADRO EXACERBA A LAS 2 SEMANAS CON ARDOR Y APARICIÓN DE NUEVAS MANCHAS EN ABDOMEN POR LO QUE ACUDE A CASA DE SALUD DONDE INDICAN LORATADINA 10MG CADA 12 HORAS POR 10 DÍAS Y PRN, TERBINAFINA TÓPICA, SIN MEJORÍA ALGUNA, AL MES CUADRO PRESENTA NUEVAS MANCHAS POR LO CUAL SE AUTOMEDICA CON CANESTEN TÓPICO (CLOTRIMAZOL TÓPICO 1%) Y UREA CREMA 10%, CON UNA LIGERA MEJORÍA. PACIENTE REFIERE VIAJAR A LA SIERRA DONDE APARECEN NUEVAS MANCHAS EN MIEMBROS INFERIORES Y GLÚTEOS, ACOMPAÑADO DE ARDOR. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS NEUROLÓGICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MANCHAS ERITEMATOSAS GENERALIZADAS QUE RESPETA CARA Y CUELLOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-08	09:30	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2024-10-08	09:30	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

