

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEVALLOS	LUIS CARLOS	29	08	2009	15 años, 3 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351245335	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	099-441-9582 /
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	1351245335	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2024	12	09
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, APP: HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL, APF: NO REFIERE. ACUDE A CONTROL MEDICO DEBIDO A LESIONES DERMATOLOGICAS CARACTERIZADAS POR MACULAS HIPOPIGMENTADAS CON CONTORNO BIEN DELIMITADO DISCRETAMENTE DESCAMATIVAS QUE CONVERGEN EN PECHO Y ESPALDA CAUSANDO INTENSO PRURITO. PACIENTE REFIERE QUE HACE 7 AÑOS ESTUVO EN CONTROLES EN EL HOSPITAL BAHIA DE CARAQUEZ POR DICHO DIAGNOSTICO PERO NINGUN TRATAMIENTO LE HA FUNCIONADO POR EL MOMENTO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A DETERMATOLOGIA Y SE ENVIA TRATAMIENTO DE MANERA PARTICULAR YA QUE NO CONTAMOS EN LA UNIDAD CON TERBINAFINA 1% POR 21 DIAS + BIFONAZOL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ORIENTADO, CONSCIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PITIRIASIS VERSICOLOR	B360	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-09	09:32	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-12-09	09:32	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

