

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE		B	1351398159		1351398159						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO		BARCIA		YULEIDY		MONSERRA		M	12/02/2009	16	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0991098981 0962555604				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		☒		MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		☒								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DE CHONE		CONSULTA EXTERNA		DERMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINO DE 16 AÑOS DE EDAD,CON APP EPILEPSIA TRATADO CON ACIDO VALPROICO 500MG VO BID, ACUDE EN COMPAÑÍA DE MADRE REFIRIENDO PRURITO DE MODERADA INTENSIDAD EN REGIONES DE EXTREMIDADES INFERIORES Y GLUTEOS DE DOS AÑOSDE EVOLUCION APROXIMADAMENTE, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LESIONES DERMICAS CON CARACTERISITICAS DESCAMATIVAS INFLAMATORIAS CON PRURITO DE PREDOMINIO NOCTURNO, COMPATIBLE CON ESCABIOSIS, AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, PESO Y TALLA ACORDE PARA SU EDAD, PLAN EDUCACIONAL: HIGIENE DIARIA, LAVADO DE MANOS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, CONSUMIR ALIMENTOS ALTOS EN PROTEINAS Y FIBRAS, SE SOCIALIZA SIGNOS DE ALARMA. PLAN FARMACOLOGICO: PERMETRINA AL 5 POR CIENTO REPETIR A LOS 7 DIAS Y LUEGO A LOS 15 DIAS, LLAMA LA ATENCION QUE TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA NO SE OBSERVA RESULTADOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	SCABIOSIS		B86X		X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
26/02/2026	12:00:00	WENDY		ESCOBAR		HOLGUIN	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312452186							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.							4.			
2.							5.			
3.							6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	