

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	TUAREZ	ANGIE DANIELA	02	09	2002	23 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351487259	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RAMOS Y DUARTE y 7DEAGOSTO	099-414-2873 / (99)-999-9999
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	1351487259	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2026	01	29
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 femenina de 23 años, en periodo de lactancia (6 meses), acude a revisión de ecografía abdominal. Refiere cólicos abdominales intermitentes. La ecografía muestra esteatosis hepática grado I. refiere que foliculitis es recurrente y que en ocasiones se exacerba con el calor, el tratamiento dado antes le funciona pero le vuelve a aparecer - PRIMERA CONSULTA Cefalexina 500MG #21 DAR 1 CADA 8 HORAS POR 7 DIAS ----- MUPIROCINA CREMA TOPICA 2% APLICAR CADA 12 HORAS POR 10 DIAS RESOLVIO LA AFECCION -- 2DA CONSULTA REFIRE SOLO PRURITO SIN LESIONES - LORATADINA 10MG #10 DAR UNA EN LA NOCHE ---- KENATOPIC BARRA JABON BAÑO DIARIO ---- HIDRAT CREMA APLICAR POR RAZONES NECESARIAS - Al momento se observa pocas lesiones recidivantes - se refiere a Dermatología
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ESTEATOSIS HEPATICA GRADO I
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-01-29	10:23	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	Firmado electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-01-29	10:23	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

