

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GALLARDO	ALCIVAR	PEER ALEXANDER	15	04	2012	14 años, 2 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351752298	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SANTA CELIA y	096-047-3678 /
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	1351752298	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	06	16
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 14 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADO DE SU MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS CIRCULARES, ERITEMATOSAS Y DESCAMATIVAS, DE BORDES BIEN DELIMITADOS Y CRECIMIENTO CENTRÍFUGO, ASOCIADAS A PRURITO DE INTENSIDAD VARIABLE LOCALIZADO EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. REFIERE TRATAMIENTO PREVIO DE MANERA PARTICULAR CON FLUCONAZOL Y CREMA TÓPICA DE NOMBRE NO RECORDADO, CON MEJORÍA PARCIAL DEL CUADRO PERO CONTINUA CON APARICION DE LESIONES ALREDEDOR DEL CUERPO. NIEGA FIEBRE, SECRECIÓN, DOLOR U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0960473678.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TIÑA DEL CUERPO [TINEA CORPORIS]		B354	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	12:30	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-06-16	12:30	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	