

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	DANIELA GUADALUPE	03	12	2014	11 años, 0 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352060261	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO GONGORA y SITIO GONGORA	000-000-0000 /
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	1352060261	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL	Consulta externa	Dermatología	2025	12	17	

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

ESCOLAR DE 11 AÑOS DE EDAD DIAS DE VIDA DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD, TALLA ADECUADA PARA LA EDAD, NACE POR CESAREA A LAS 41 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACION, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO, APQ NINGUNA ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PLACAS ERITEMATOSAS CON BORDES INDEFINIDOS ACOMPAÑADO DE PRURITO INTENSO, Y ALGUNAS PLACAS PRESENTA VESICULAS REFIERE QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO SIN MEJORIA CLINICA REFIERE PACIENTE QUE LA MISMA LESION LA TIENE MAMA Y PAPA PACIENTE QUE AMERITA VALORACION POR DERMATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA		L309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		FIRMA
2025-12-17	14:32	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651		VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	-----------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia inversa a:

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
2025-12-17	14:32	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	