

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PINARGOTE	MARIA AMELIA	08	09	2015	9 años, 6 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352205866	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y	098-227-4209 /
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	1352205866	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	03	21
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 DE 9 AÑOS DE EDAD. ACUDE EL DIA DE HOY EN COMPAÑIA DE SU MAMA. APP NO REFEIRE. APF NO REFIERE. ALERGIAS NO REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR ONICOMICOSIS A NIVEL DE AMBAS UÑAS. SE ATIENDE PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO, PERSONA Y ESPACIO. AL INTERROGATORIO REFIERE HABER ESTADO EN TRATAMIENTO POR MESES CON DISTINTOS ANTIMICOTICOS: FLUCONAZOL, TERBINAFINA Y KETOCONAZOL Y NO TENER RESULTADOS FAVORABLES. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ONICOMICOSIS A NIVEL DE TODAS LAS UÑAS DE LOS PIES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY EXAMENES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TIÑA DEL PIE [TINEA PEDIS]	B353		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	13:33	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-03-21	13:33	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	