

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SOLORZANO	MILEIDI NOHEMI	25	08	2016	8 años, 6 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352424574	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CUCUY y SN	099-533-4497 /
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	1352424574	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	02	26
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 INFANTE MASCULINO DE 8 AÑOS CON APP: PITIRIASIS ALBA EN TRATAMIENTO CON DERMATOLOGIA; APF: PADRE CON HTA; AQX: NO REFIERE; HÁBITOS: DIETA HIPERCALORICA; ALERGIAS: A PICADURA DE MOSQUITOS, IRRITACIÓN CON HIERVA Y AGUA DEL RIO. ACUDE A LA CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENTAR MANCHAS HIPOCROMICAS EN LA CARA QUE FUERON DISEMINANDOSE A TODO EL CUERPO. ESTUVO EN SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO CON EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE CHONE LLEGANDO A LA REMISIÓN DE LA PATOLOGIA. AL DÍA DE HOY PACIENTE VUELVE POR PRESENTAR NUEVAMENTE LA MISMA ENFERMEDAD. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVA/REACTIVA COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PITIRIASIS ALBA	L305		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-26	10:49	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJIJE	1313435933	

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
2025-02-26	10:49	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJIJE	1313435933	

