

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	VARGAS	ROSMARY GUADALUPE	03	03	2018	8 años, 3 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352812794	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-949-8399 /
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	1352812794	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	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 FEMENINO DE 8 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR LESIONES DERMICAS DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION EN TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON BORDES SOBREELEVADOS ERITEMATOSAS DEFINIDOS REGULAR OVALADO FONDO ESCAMOSO, CON INTENSO PRURITO .HA PRESETANDO EL AÑO PASADO EPISODIOS QUE MEJORAN CON BETAMETASONA, ACUDE HOY EN ESTE POR NUEVO EPISODIO. AL MOMENTO ACTIVA REACTIVA. 0989991945 - 0969516809

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIONES DERMICAS DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION EN TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES CON BORDES SOBREELEVADOS ERITEMATOSAS DEFINIDOS REGULAR OVALADO FONDO ESCAMOSO, CON INTENSO PRURITO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PSORIASIS, NO ESPECIFICADA	L409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-29	09:03	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-06-29	09:03	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	