

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CONFORME	CAICEDO	CRISTEL CELINE	28	05	2018	7 años, 11 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	1352878696	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	HUELE ABAJO y	098-989-8765 /
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	1352878696	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	04	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	☐	URTICARIA RECURRENTE	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 7 AÑOS. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE QUIEN REFIERE HISTORIA DE MÚLTIPLES EPISODIOS RECURRENTES DE LESIONES CUTÁNEAS TIPO HABONES, PRURIGINOSOS, DE APARICIÓN SÚBITA, SIN DESENCADENANTE CLARO, ACTUALMENTE CON CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SIMILARES. REFIERE ANTECEDENTE A MÚLTIPLES FÁRMACOS (PARACETAMOL, IBUPROFENO, LORATADINA). AL EXAMEN FÍSICO: LESIONES TIPO HABONES, ERITEMATOSAS, EDEMATOSAS, DISPERSAS, SIN SIGNOS DE ANGIOEDEMA NI COMPROMISO SISTÉMICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
URTICARIA, NO ESPECIFICADA	L509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	14:51	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-04-29	14:51	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

