

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHERE	VARGAS	JANY VALENTINA	02	06	2018	7 años, 2 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352882987	MANABI	CHONE	SANTA RITA	10 DE AGOSTO y	099-100-5677 / (99)-999-9999
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	1352882987	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	08	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 FEMENINA DE 7 AÑOS,APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, AQX: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MULTIPLES LESIONES HIPOPIGMENTADAS EN MIEMBROS INFERIOR DERECHO, DE BORDES IRREGULARES Y DE DISTRIBUCION PARCHEADA, ASOCIADA A PRURITO. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE SOBREINFECCION NI COMPROMISO SISTEMICO. REFIERE QUE HA LLEVADO TRATAMIENTO CON KETOCONAZOL TOPICO, PERMETRINA TOPICO, FLUCONAZOL LIQUIDO ORAL Y TERBINAFINA GEL 1% EN DIFERENTES OCASION Y HA RESULTADO FALLIDO SU EVOLUCION POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA IC CON DERMATOLOGIA PARA SU SEGUIMIENTO. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

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
2025-08-26	14:29	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-08-26	14:29	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

