

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	CEDEÑO	YARITH ANAELY	22	09	2018	6 años, 0 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352969297	MANABI	CHONE	RICAURTE	GARRAPATA y	099-769-9967 / (11)-111-1111
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	1352969297	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	03
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 6 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APF: ABUELA PATERNA DM. ALERGIA: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE ACOMPAÑADA DE SU MADRE QUIEN REFIERE QUE PRESENTA LESIONES TIPO VERRUGAS DE 3-4 MESES DE EVOLUCIÓN; LOCALIZACIÓN: ZONA GENITAL, VULVA, PERINÉ Y GLUTEOS. ATENUANTE: CREMA TRIGENTAX. EN TRATAMIENTO ANTERIOR CON CREMA (CLOTRIMAZOL+NEOMICINA+BETAMETASONA), AMOXICILINA VÍA ORAL, CREMA (CLOTRIMAZOL+DEXAMETASONA) MADRE REFIERE QUE CADA CIERTO TIEMPO LAS LESIONES SE TORNAN ERITEMATOSAS. AGRAVANTE: SUDORACIÓN. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: PRÚRITO. TRATAMIENTOS QUE NO HAN DISMINUIDO LAS LESIONES. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVAN LESIONES TIPO PAPULAS DE 0.2-0.5CM VARIAS LESIONES EN ZONA DE GLÚTEOS Y EN REGIÓN INGUINAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS VIRICAS	B07X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-03	10:23	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	

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
2024-10-03	10:23	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	

