

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARCIA	MINAYA	MAIKOL ORLANDO	16	10	2018	6 años, 10 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352986655	MANABI	CHONE	RICAURTE	SITIO GARRAPATILLA y	099-105-3098 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1352986655	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	08	18
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 DE 6 AÑOS 7 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE POR REVISION DE EXAMENES QUE SE ENVIARON A REALIZAR POR ICTERICIA Y DESCAMACION EN MANOS Y PIE, HB 13.6, HTCO 39.1 SE ENVIA TRATAMIENTO Y SE CITA A CONTROL EN DOS SEMANAS. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, COLABORATIVO, ORIENTADO. EXAMEN FISICO, CABEZA NORMOCEFALICA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION EN FOSA ILIACA IZQUIERDA Y DERECHA RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, EXTREMIDADES SIMETRICAS. SE REALIZA REFERENCIA A DERMATOLOGIA POR DERMATITIS DE CONTACTO TLF 0979571981

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DERMATITIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES, DE CAUSA NO ESPECIFICADA	L249	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	09:13	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	

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
2025-08-18	09:13	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	

