

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| DELGADO          | SACON            | CRISTHEL ANALIA | 01                  | 12  | 2018 | 7 años, 4 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353018060        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | SN y                         | 099-689-9265 /      |
| 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                 | 1353018060      | HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA | HOSPITAL BASICO | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Dermatología | 2026 | 04    | 15  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

se trata de paciente de sexo femenino de 7años de edad acude por presentar piel reseca desde hace 4 años que se acentua en temperaturas calidas en ocasiones se presnetan lesiones tipo habon

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

piel reseca con leisones eritematosas y prurigiunosas

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA | L209   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-15 | 14:12 | Pediatría    | JULISSA MARILYN PICO ANCHUNDIA | 1313745398 |       |

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 |
|------------|-------|--------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-15 | 14:12 | Pediatría    | JULISSA MARILYN PICO ANCHUNDIA | 1313745398 |       |