

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRANZA	ALCIVAR	GIA LUCIANA	30	10	2019	5 años, 11 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353257163	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y SALINAS	098-099-3826 /
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	1353257163	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Dermatología	2025	10 20
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

ESCOLAR DE 5 AÑOS QUE ACUDE CON SU MADRE POR INTERCONSULTA DE MEDICINA GENERAL CON DIAGNOSTICO DE DERMATOFITOSIS DE MAS O MENOS 3 MESES DE EVOLUCIÓN. AL MOMENTO AFEBRIL, CON CUADRO CLINICO DESCRITO. AL EXAMEN REGIONAL EN MUSLO PARTE POSTERIOR DE MIEMBRO IZQUIERDO PRESENTA LESIONES EN SACA-BOCADOS LEVES, ERITEMATOSAS DE GRAN EXTENSIÓN ACOMPAÑADA DE PRURITO DE +/- DE 3 A 4 CM DE DIAMETRO EN # DE 3 Y PIERNA DERECHA EN # 2 DE LARGA DATA CON VARIOS TRATAMIENTO FALLIDOS A BASE DE KETOCONAZOL, CLOTRIMAZOL, TERMINAFINA 1% SIN NINGUNA MEJORIA; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS BLANCOS 9900, LINFOCITOS 35, MONOCITOS 9.1, NEUTROFILOS 38.7, EOSINOFILOS 16.7, BASOFILOS 0.7, HEMATOCRITO 40.7, HEMOGLOBINA 13.8, PLAQUETAS 402, VCM 81.7, HCM 27.7 GLUCOSA: 76.36 EMO: FOSFATOS AMORFOS ++++

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATOFITOSIS, NO ESPECIFICADA	B359	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-20	09:36	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	 Firmado electrónicamente por: GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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

