

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	VERA	DERECK SEBASTIAN	31	05	2020	4 años, 8 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353394131	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SANTHA MARTHA y	098-370-2567 /
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	1353394131	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	02	12
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

PREESCOLAR DE 4 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, ALERGIAS : NO REFIERE, APQX: NO REFIERE. ACUDE A UNIDAD OPERATIVA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR REFERIR CUADRO CLÍNICO DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LA APARICIÓN DE HABONES O RONCHAS GENERALIZADAS EN TODO EL CUERPO, MENOR MANIFIESTA PRURITO INTENSO. MADRE REFIERE QUE ACUDE A HNDC DONDE RECIBE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON LORATADINA Y CALMURA PERO NO EVIDENCIA MEJORIA. SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
URTICARIA, NO ESPECIFICADA	L509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	08:05	Medicina Rural	JIMMY FABIAN ANCHUNDIA DELGADO	1313596668	



Firmado electrónicamente por:
JIMMY FABIAN ANCHUNDIA DELGADO

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 clínico

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
2025-02-12	08:05	Medicina Rural	JIMMY FABIAN ANCHUNDIA DELGADO	1313596668	