

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	DE LA CRUZ	BETSY LUCIANNY	05	02	2021	5 años, 5 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353561358	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y MALECON	098-143-9032 /
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	1353561358	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	07	08
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

BETSY PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS 2 MESES DE EDAD. SIN APP. APF: MADRE PSORIASIS AA: NIEGA. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CARACTERIZADO POR RASH GENERALIZADO PRURIGINOSO DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN, SIN FIEBRE, MADRE REFIERE QUE HA ACUDIDO CON MÉDICO PARTICULAR EN VARIOS OCASIONES, HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON SARNOL, ACIDO FUSIDICO, CREMA BIODERMA, RUPAFIN, EUCERIM SIN MEJORIA, MADRE REFIERE QUE EL PRURITO LE IMPIDE DORMIR POR LAS NOCHES, Y QUE EL RASH PERSISTE Y SE HA REGADO AÚN MÁS, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA RASH GENERALIZADO, CON ZONAS DE COSTRAS DEBIDO A RASCADO, RESTO SIN ALTERACIONES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CUADRO DE DERMATITIS DE 1 MES Y 1 SEMANA DE EVOLUCION QUE NO MEJORA CON NINGUN TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	L309	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	14:19	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-07-08	14:19	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	