

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ANDRADE	DANAE ANILETH	14	02	2021	4 años, 6 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353566191	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO MATA PALO AFUERA y	097-927-5320 /
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	1353566191	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	09	09
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 4 AÑOS 6 MESES DE EDAD, ACOMPAÑADA DE PADRE ACUDE POR CONTROL MEDICO. PADRE REFIERE QUE LA PACIENTE PRESENTA LESIONES RETRO AURICULARES Y EN CUERO CABELLUDO, ESTAS LESIONES SON ERITEMATOESCAMOSAS EN REGIÓN CUERO CABELLUDO CON PLACAS AMARILLENTAS GRASOSAS ADHERIDAS, ACOMPAÑADAS DE PRURITO LEVE INTERMITENTE, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN SECUNDARIA NI AFECTACIÓN SISTÉMICA, CON ANTECEDENTE DE CUADROS REPETITIVOS SIMILARES DESDE LA LACTANCIA, SIN OTRAS MANIFESTACIONES DÉRMICAS NI ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELEVANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DERMATITIS SEBORREICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL	L211		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-09	14:26	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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