

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	PARRAGA	KARLA VALENTINA	16	02	2021	4 años, 0 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353567017	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL 2 y X	098-395-0626 /
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	1353567017	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	03	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

PACIENTE FEMENINA DE 4 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE RELEVANCIA ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE MAS MENOS UN AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LESIONES DESCAMATIVAS EN MANO IZQUIERDA, ADEMAS ACOMPAÑADAS DE PRURITO, ADEMAS PRESENTA TAMBIÉN PEQUEÑAS PAPULAS CON PRESENCIA DE PUS DENTRO DE LAS LESIONES. NO INDICA OTRA SINTOMATOLOGIA. LA PACIENTE YA HA LLEVADO VARIOS CONTROLES POR CENTRO DE SALUD Y POR MEDICO PARTICULAR SIN RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA. POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA A DERMATOLOGIA PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIONES DESCAMATIVAS EN MANO IZQUIERDA, ADEMAS ACOMPAÑADAS DE PRURITO, ADEMAS PRESENTA TAMBIÉN PEQUEÑAS PAPULAS CON PRESENCIA DE PUS DENTRO DE LAS LESIONES
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	10:01	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-03-12	10:01	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	