

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	SOLORZANO	JAKELYN ELIZABETH	25	05	2021	5 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353636192	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	AVENIDA 24 DE MAYO y	099-951-9822 /
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	1353636192	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	06	11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 5A 0M CON AP DE SALUD APARENTE, REFIERE LA MADRE, LESIONES ERITEMATOSAS COMO PIEL DE GALLINA O DE LIJA DESDE LA LACTANCIA, QUE SE EXACERBA CUANDO HACE CALOR, SOBRETODI EN CUELLO Y EN CARA A NIVEL DE LOS PÓMULOS, NIEGA OTROS SÍNTOMAS, AFEBRIL. SE LA ENVÍA A SU SERVICIO PARA MEJOR VALORACION. *** 0981635124 - 0978652475 *

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUÍNEOS: Hb: 12.1 mg/dl, Hcto: 36.2%, Hematíes: 4.41 x10¹²/L, Plaquetas: 321 mmc, Leucocitos: 6.19 mmc. (Lin 37.43, Seg 50.26, Mon 4.60, Eos 7.61, Bas 0.10), IgE TOTAL: 269.30 IU/ml. PIEL: EN LIJA A NIVEL DE CUELLO Y PARTE SUPERIOR DE PECHO, OJERAS COLOR ROJO-VIOLÁCEAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-11	14:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-11	14:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

