

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LINCE	VARGAS	JESLENY ADELINE	21	06	2021	4 años, 3 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	1353656117	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO y	096-079-7495 /
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	1353656117	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	09	24
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	☐	PSORIASIS	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PEDIATRICO DE 4 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, AA: NO REFIERE, APQX; NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU ABUELA PATERNA QUIEN REFIERE ACUDIR PARA REFERENCIA. AL INTERROGATORIO REFIERE LLEVAR CONTROLES EN DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL NAPOLEON PERO LE INDICARON QUE RENUEVE LA REFERENCIA. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA LESIONES DERMICAS COMPATIBLES CON PSORIASIS A NIVEL DE CARA Y TORAX. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. TELF: 0986468735

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS PSORIASIS	L408		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-24	09:34	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-09-24	09:34	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	