

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	INTRIAGO	DAENERYS CATALEYA	31	12	2022	3 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	1354041392	MANABI	JUNIN	JUNIN	SN y SN	098-634-4623 /
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	1354041392	MATERO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología	2026	06	03
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 3 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA QUE HA SUSPENDIDO LACTEOS DESDE HACE MAS DE 1 MES Y LOS DOLORES ABDOMINALES HAN DISMINUIDO, ACUDE A CONSULTA JUNTO A SU MAMA. REFIERE QUE SE HA MANTENIDO CON TRATAMIENTO POR DERMATITIS Y LESIONES EN PIEL QUE LLEVO TRATAMIENTO CON BIODERMA Y TRIDERIM, LESIONES QUE HAN IDO DISMINUYENDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA AL EXAMEN FISICO LESIONES EN PIEL DE BRAZO, ESPALDA Y CARA QUE NO HAN MEJORADO CON TRATAMIENTO TÓPICO INDICADO POR LO QUE SE DECIDE REFERIR.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	10:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-03	10:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	