

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ORMAZA	ASHLY SAMIRA	27	05	2023	1 años, 7 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354149369	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SAN AGUSTIN 3 y	099-964-5612 / (05)-245-0428
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	1354149369	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	01	14
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

LACTANTE MAYOR SIN ANTECEDENTES PRE-TRANS-POSTNATALES DE IMPORTANCIA, ES TRAÍDA POR SU MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRURITO INTENSO GENERALIZADO, CON LESIONES DERMICAS TIPO PÚSTULAS CON CONTENIDO LÍQUIDO, NIEGA ALZA TÉRMICAS U OTRA SINTOMATOLOGÍA, MADRE REFIERE UTILIZAR VARIOS TRATAMIENTOS (TRIDERM, NISTADERM, IVERMECTINA, CLOTRIMAZOL, BEPANTHEN, ANTIBIÓTICO ORAL) SIN MEJORÍA ALGUNA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE ALARMA O DESHIDRATACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIONES DERMICAS TIPO PÚSTULAS CON CONTENIDO LÍQUIDO, NIEGA ALZA TÉRMICAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	10:27	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2025-01-14	10:27	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	