

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	MECIAS	ANGELUZ MARIA	03	06	2023	2 años, 8 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354154203	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y SALUSTIO GILER	096-977-1477 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354154203	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	02	04
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

PREESCOLAR FEMENINA DE 2 AÑOS 8 MESES DE EDAD SIN APP. ASISTE CON MADRE, LA MISMA QUE REFIERE CUADRO CUTÁNEO CRÓNICO CARACTERIZADO POR LESIONES ECCEMATOSAS PRURIGINOSAS DE EVOLUCIÓN PROLONGADA, COMPATIBLES CON DERMATITIS ATÓPICA, QUE NO PRESENTA MEJORÍA PESE AL USO PREVIO DE MÚLTIPLES CREMAS TÓPICAS, CON PERSISTENCIA DE PRURITO Y LESIONES ACTIVAS; AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVAN PLACAS ERITEMATOSAS, DESCAMATIVAS Y PRURIGINOSAS EN PIEL (PREDOMINIO DE PLIEGES) SIN ADECUADA RESPUESTA AL TRATAMIENTO INSTAURADO, POR LO QUE SE DECIDE REFERIR A PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, BUEN PESO Y TALLA PARA LA EDAD, DIETA COMPLEMENTARIA BIEN TOLERADA. DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO PARA LA EDAD. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES ADECUADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-04	13:54	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-02-04	13:54	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

