

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP			CENTRO SALUD SAN BARTOLO		A	1354295931		1354295931						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		CUSME		WILTON		ABRAHAM		M	27/11/23	2A 8M	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN							
992174662							MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL							1. Accesibilidad geográfica.							
							2. Falta de espacio físico.							
PROVINCIA					CANTÓN		PARROQUIA							
MANABI					BOLIVAR		CALCETA						X	
							3. Falta de equipamiento.							
							4. Equipos en mal estado.							
							5. Problemas de infraestructura.							
							6. Problemas de abastecimiento.							
							7. Insuficiencia de profesionales.							
							8. Inadecuada capacidad resolutive							
							9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA		CONSULTA EXTERNA		DERMATOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE LACTANTE MAYOR DE 2 AÑO Y 8 MESES DE EDAD, APP: SIN ANTECEDENTES, ALERGIAS: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE. ACUDE EN BRAZOS DE LA MADRE POR CONTROL DE NIÑO SANO. AL MOMENTO MADRE REFIERE QUE DESDE EL MOMENTO DEL NACIMIENTO EL NIÑO DEBUTO CON DERMATITIS SEBORREICA Y LESIONES ULCERADAS SIN SIGNOS DE DESCAMACION QUE OCASIONAN PRURITO. AL EXAMEN FISICO SE APRECIA: MULTIPLES PAPULAS PEQUEÑAS, DE APROXIMADAMENTE 1-2 MM DE DIAMETRO, DE COLOR ROSADAS, DISPERSAS, ALGUNAS AGRUPADAS PREDOMINANDO EN LA PARTE SUPERIOR DE LA ESPALDA, REDONDEADAS DE ASPECTO FOLICULAR, SE EVIDENCIA XEROSIS LEVE Y TEXTURA RUGOSA DIFUSA CON DESCAMACION MUY FINA, NO SE OBSERVAN VESICULAS, CON ERITEMA LEVE. ADEMAS SE OBSERVA EN CUERO CABELLUDO PLACAS AMARILLENTAS CON DISCRETO ERITEMA PERIFERICO CUBIERTAS POR COSTRA AMARILLENTA ADHERENTE, CON LEVE DESCAMACION Y BORDES POCO DEFINIDO COMPATIBLE CON DERMATITIS SEBORREICA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

EXAMEN FISICO SE APRECIA: MULTIPLES PAPULAS PEQUEÑAS, DE APROXIMADAMENTE 1-2 MM DE DIAMETRO, DE COLOR ROSADAS, DISPERSAS, ALGUNAS AGRUPADAS PREDOMINANDO EN LA PARTE SUPERIOR DE LA ESPALDA, REDONDEADAS DE ASPECTO FOLICULAR, SE EVIDENCIA XEROSIS LEVE Y TEXTURA RUGOSA DIFUSA CON DESCAMACION MUY FINA, NO SE OBSERVAN VESICULAS, CON ERITEMA LEVE. ADEMAS SE OBSERVA EN CUERO CABELLUDO PLACAS AMARILLENTAS CON DISCRETO ERITEMA PERIFERICO CUBIERTAS POR COSTRA AMARILLENTA ADHERENTE, CON LEVE DESCAMACION Y BORDES POCO DEFINIDO COMPATIBLE CON DERMATITIS SEBORREICA.

E. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL		L211		X	4.			
2.	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA		L209		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
03/08/26	10:30:00	GABRIEL		INTRIAGO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310605587							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		NO	
CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐											

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	