

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	PRECIADO	ADHARA GUADALUPE	12	12	2023	1 años, 8 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354305409	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	093-978-1090 / (99)-999-9999
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	1354305409	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	09	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MENOR FEMENINA DE 1 AÑO 8 MESES DE EDAD, ACUDE A CONSULTA DE MFC PARA CONTROL DE NIÑO SANO, SE REALIZA INTERROGATORIO INDIRECTO (A LA MAMÁ), AL MOMENTO TRANQUILO, RECIBIENDO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA + LECHE DE VACA, MANTIENE DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES. PRESENTA DESDE HACE 1 AÑO LESIONES ERITEMATOSAS Y PRURIGINOSAS EN ZONAS DE FLEXIÓN DEL CODO Y CUELLO, COMPATIBLES CON DERMATITIS ATÓPICA. A PESAR DE LA APLICACIÓN TÓPICA DE CORTICOIDES Y CREMAS HIDRATANTES A BASE DE UREA, NO HA EXPERIMENTADO MEJORÍA CLÍNICA, LO QUE SUGIERE RESISTENCIA AL TRATAMIENTO ESTÁNDAR. LA PACIENTE REFIERE EPISODIOS RECURRENTES DE RASCADO, LO QUE PODRÍA ESTAR CONTRIBUYENDO AL EMPEORAMIENTO DE LAS LESIONES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD, FRACASO EN TRATAMIENTOS ANTERIORES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-09	09:55	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

