

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERGARA	CEDEÑO	ANDREIA MAVIE	01	04	2024	1 años, 0 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354372557	MANABI	PICHINCHA	SAN SEBASTIAN	VIA CHONE CANUTO y	098-207-9338 /
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	1354372557	SAN SEBASTIAN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Dermatología		2025	04	01
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 de 1 año de edad, sexo femenino, con antecedentes de rinitis alérgica a repetición. Es traída a consulta por presentar cuadro cutáneo caracterizado por lesiones eritematopapulosa en grupos circulares generalizadas con mayor tendencia en miembros superiores e inferiores, posteriormente eclosionan y provocan ulcera eritematopustulocostrosa y prurito, no mejora con tratamiento tópico ni vía oral. En estos momentos se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, no vómitos, no diarreas, no irritabilidad, no alteración del estado de conciencia, no signos de deshidratación, se alimenta sin dificultad, necesidades fisiológicas normales, no presenta síntomas sugestivos de infección respiratoria por covid-19. Hitos del desarrollo adecuados para su edad. Valoración Nutricional (Peso/Talla) curva de crecimiento ascendente.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES A REALIZAR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	16:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

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
2025-02-25	16:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	PABLO ANDRES VERGARA CANDELA	1312051574	

