

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LOOR	SCARLETH AHINOA	01	06	2024	1 años, 2 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354413310	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y POTRERILLO	098-523-4067 /
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	1354413310	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Pediatría	2025	08	13
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 MENOR FEMENINA DE 1 AÑO Y 2 MESES CON ANTECEDENTES DE DERMATITIS QUE ES ATENDIDA EN BRAZOS DE SU MADRE POR CONTROL DEL NIÑO SANO, AL MOMENTO MADRE REFIERE QUE HA PRESENTADO LESIONES DERMICAS ERITEMATOSAS MULTIPLES QUE INICIO CON DERMATITIS SEBORREICA Y QUE DESPUES PASO A LA PIEL Y QUE HA VENIDO PRESENTANDO MAS LESIONES DERMICAS. ESTABLE A FEBRIL CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO, HITOS DEL DESARROLLO NORMAL, ACTIVA, AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALICO, MUCOSAS HÚMEDAS SIN PALIDEZ, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES CON PESO Y TALLA ADECUADO PARA LA EDAD. TEST DE DENVER NORMAL, SE REALIZA PRUEBA DE HEMOGLOBINA: 11G/DL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HGB: 11G/DL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	10:46	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMA Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-13	10:46	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

