

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ALCIVAR	EYTHAN ETZAEI	24	06	2025	0 años, 1 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354650804	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y SN	098-749-0499 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354650804	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	08	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

ES TRAIDO POR SU MADRE REFIERE PARTO VAGINAL, NACE A TERMINO 41.2SG, APGAR 9/10, PESO 3130GR, 48CM LONGITUD, PC 34CM, REFIERE LACTANCI AMATERNA DESDE EL NACIMIENTO, REFIERE QUE PRESENTA LESIONES DERMICAS DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION FUE LLEVADO A URGENCIAS DONDE ENVIAN UNGUENTO Y POSTRIOR CITA SUBSECUENTE CON REFERENCIA, REFIERE MADRE QUE LESIONES APARECIERON EL AREA DE ABDOMEN Y POSTERIRMENTE SE DISTRIBUYE A TODO EL CUERPO RESPETANDO AREA GENITAL ACOMPAÑADO DE FIEBRE 38,7°C POR UN DIA, CONTROLADO CON PARACETAMOL, CON BUEN REFLÑEJO DE SUCCION,NIEGA TOS, NO RINORREA,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LESIONES ERITEMATOSAS COSTROSAS ABUNDANTES EN MIMEBTOS INFERIORES VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	10:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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