

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ALCIVAR	MARK ERNESTO	24	04	1967	57 años, 8 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1710110154	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SD y	099-709-2549 /
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	1710110154	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2025	01	15
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 PRESENTA REACCION EXCESIVA A LA LUZ SOLAR CUANDO ESTA MUY FUERTE LA LUZ - SE ACOMPAÑA DE RUBOR - CALOR EN CARA Y EN MIEMBROS SUPERIORES O SUPERFICIES EXPUESTAS A LA LUZ LA CUAL DURA ALGUNOS DIAS Y DESPUES PRESENTA DESCAMACION DE LAS MISMAS - SE ACENTUA EN LAS MAÑANAS Y AL MEDIO DIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA REACCION EXCESIVA A LA LUZ SOLAR CUANDO ESTA MUY FUERTE LA LUZ - SE ACOMPAÑA DE RUBOR - CALOR EN CARA Y EN MIEMBROS SUPERIORES O SUPERFICIES EXPUESTAS A LA LUZ LA CUAL DURA ALGUNOS DIAS Y DESPUES PRESENTA DESCAMACION DE LAS MISMAS - SE ACENTUA EN LAS MAÑANAS Y AL MEDIO DIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
URTICARIA SOLAR	L563	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-15	09:25	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

Firmado electrónicamente por:
MARIO FABIAN CERCADO PLUAS

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 clínico

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
2025-01-15	09:25	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	