

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	LOOR	KATRINA ISABELLA	05	08	2021	4 años, 1 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351988676	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	095-889-4902 /
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	2351988676	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	09	11	
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

PEDIATRICO DE 4 AÑOS 1 MES QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR LESIONES PRURIGINOSAS A NIVEL DE MUSLOS Y PIERNAS PARTE POSTERIOR DE APROXIMADAMENTE DE UN MES DE EVOLUCIÓN QUE Y SE EXACERBA Y AUMENTA CON LOS DIAS Y NO MEJORA CON TRATAMIENTO A BASE DE CORTICOIDES, ANTIFUNGICOS Y CREMA HUMENTANTE; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA SANGUÍNEA: 30 BIOMETRIA HEMATICA: HEMOBLOBINA 13.4, HEMATOCRITO 40, HCM 27.5, VCM 82.2, PLAQUETAS 356, GLOBULOS BLANCOS 7420, LINFOCITOS 40, NEUTROFILOS 43.5, MONOCITOS 10,1, EOSINOFILOS 6.4 ALT (SGPT): 32.37 AST (SGOT): 37.27 COLESTEROL: 183.4 GLUCOSA: 83 mg/dl TRIGLICERIDOS: 127 CREATININA: 0.46

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATOFITOSIS, NO ESPECIFICADA	B359	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	11:00	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	 Firmado electrónicamente por: GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO 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