

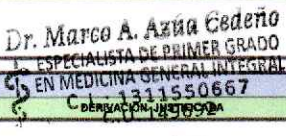
| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                                       |               |                                  |                                  |  |            |                   |                                                          |                         |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|---------------------------------------|---------------|----------------------------------|----------------------------------|--|------------|-------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD              |               | TIPOLOGIA                        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  |            | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                          |                         |   |   |   |   |
| MSP                                                         |  | 1410             | HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA |               | II                               | 1314943273                       |  |            | 1314943273        |                                                          |                         |   |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                       | PRIMER NOMBRE |                                  | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO       | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                     | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |   |
| BASURTO                                                     |  | CEDEÑO           |                                       | LUIS          |                                  | ALBERTO                          |  | H          | 7/5/1994          | 31                                                       | H                       | D | M | A |   |
|                                                             |  |                  |                                       |               |                                  |                                  |  |            |                   |                                                          |                         |   |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                       |               | REFERENCIA                       | X                                |  | DERIVACIÓN |                   |                                                          |                         |   |   |   |   |
| 0987636175 / 0989024917                                     |  |                  |                                       |               |                                  |                                  |  |            |                   | MOTIVO                                                   |                         |   |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                                       |               | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  |  |            |                   | 6. Problemas de abastecimiento.                          |                         |   |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |  |                  |                                       |               | 2. Falta de espacio físico.      |                                  |  |            |                   | 7. Insuficiencia de profesionales.                       |                         |   |   |   |   |
| CANTÓN                                                      |  |                  |                                       |               | 3. Falta de equipamiento.        |                                  |  |            |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutoria.                     |                         |   |   |   |   |
| PARROQUIA                                                   |  |                  |                                       |               | 4. Equipos en mal estado.        |                                  |  |            |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                         |   |   |   |   |
| MANABI                                                      |  |                  |                                       |               | 5. Problemas de infraestructura. |                                  |  |            |                   |                                                          |                         |   |   |   |   |
| BOLIVAR                                                     |  |                  |                                       |               |                                  |                                  |  |            |                   |                                                          |                         |   |   |   |   |
| CALCETA                                                     |  |                  |                                       |               |                                  |                                  |  |            |                   |                                                          |                         |   |   |   |   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                          |  |
|---------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  |
|                                                         |  |                          |  |
| SERVICIO                                                |  | ESPECIALIDAD             |  |
| CONSULTA EXTERNA                                        |  | DERMATOLOGIA             |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD CON APP DE PSORIASIS DE LARGA DATA, EL CUAL REFIERE QUE LLEVA COMO TRATAMIENTO APLICACION MENSUAL DE VALERPAM DESDE HACE DOS AÑOS, EL CUAL ES TRAIDO A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE DOS DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MALESTAR GENERAL, ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA, ADEMAS DE EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, ERITEMA, RUBOR, CALOR Y LESIONES DE TIPO DESCAMATIVAS CON DOLOR EN DICHAS LESIONES, POR LO CUAL FUE INGRESADO EN ESTA CASA DE SALUD. PACIENTE EL CUAL AL MOMENTO QUE SE ENCUENTRA CONCIET ORIENTADO HEMODINAMICAMENTE COMPENSADO AFEBRIL, EDEMA HA DISMUIDO. GLASGOW 15/15 |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS     |
|-----------------------------------------------------------------------|
| GB: 9,96 NEUT: 86,9 LINF: 10,2 HB: 15,1 HTCO: 43,3 PLAQUETAS: 180,000 |
| GLUCOSA: 118 UREA: 18,6 CREATININA: 0,94 TGO: 40,4 TGP: 66,2          |

| E. DIAGNÓSTICO                              |
|---------------------------------------------|
| PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PRE DEF |
| 1. PSORIASIS, NO ESPECIFICADA L409 X 4.     |
| 2. 5.                                       |
| 3. 6.                                       |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |                                                                                    |                                                                                     |                  |
|---------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                      | PRIMER APELLIDO                                                                     | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026/02/24                            | 8:00         | MARCO                                                                              | AZUA                                                                                | CEDEÑO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                              | SELLO                                                                               |                  |
| 1311550667                            |              |  |  |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |    |    |                    |    |    |
|---------------------------------------------|----|----|--------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      | SI | NO | REFERENCIA INVERSA | SI | NO |
| CONTRAREFERENCIA                            |    |    | REFERENCIA INVERSA |    |    |

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |  |                   |                          |  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--------------------------|--|-----------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        |  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA |
|                                                                                |  |                   |                          |  |           |
| NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                                               |  | NÚMERO DE ARCHIVO |                          |  |           |
|                                                                                |  |                   |                          |  |           |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |  |                          |  |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |  |                          |  |          |                    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |
|-------------------------------|
|                               |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |
|----------------------------------------------------------|
|                                                          |

| F. DIAGNÓSTICO                              |
|---------------------------------------------|
| PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PRE DEF |
| 1. 4.                                       |
| 2. 5.                                       |
| 3. 6.                                       |

| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |