

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE CEDULA	
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social- IESS		1243	CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BAHIA DE CARAQUEZ		C	4842		1301874754	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
TROYA		LEON		MARIA		BETTY ELISA		M	25/08/1957
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0989103402						☒		H D M A	
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento		
MANABI		SUCRE	LEONIDAS PLAZA		1. Accesibilidad geográfica.		7. Insuficiencia de profesionales		
					2. Falta de espacio físico.		8. Inadecuada capacidad resolutiva		
					3. Falta de equipamiento.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
					4. Equipos en mal estado.				
					5. Problemas de infraestructura.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 67 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION, DIABETES, INSUFICIENCIA CARDIACA, POLINEUROPATIAS, PACIENTE REFIERE QUWUE DESDE HACE 3 MESES PRESENTA NODULACION EN DURADA EN ANTEBRAZO DERECHO QUE HA IDO INCREMENTANDO DE TAMAÑO. PACIENTE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD. SISTEMA AS400 NO ASIGNA CITA. A001- VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

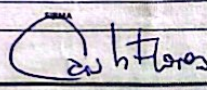
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE ADJUNTA EXÁMENES DE LABORATORIO

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO			D172		X	4.			X
2. NEVO, NO NEOPLASICO			I781	X		5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/12/2024	15:27	CAROLA	FLORES	CAMACHO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1713300638				

CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL
BAHIA DE CARAQUEZ
Dra. Carola Flores Camacho
ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR
M.S.P. 133 F. 83 e 191
COD. H.MIP: 1713300638
SENERGY: 1027-2022-247400

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

F. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		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