

1. 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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1312118258	1312118258		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	
ZAMBRANO	ALCIVAR	ANALI		GABRIELA	M	18/09/1989	36	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
997987256				X		H D M A		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1 Accesibilidad geográfica.					
MANABI	CHONE	CHONE	2 Falta de espacio físico.					X
			3 Falta de equipamiento.					X
			4 Equipos en mal estado.					X
			5 Problemas de infraestructura.					X
			6 Problemas de abastecimiento.					
			7 Insuficiencia de profesionales.					
			8 Inadecuada capacidad resolutiva.					
			9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 36 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MANCHAS DE PIGMENTACION DE COLOR MARRON OSCURO EN AMBAS MEJILLAS, LAS CUALES AN IDO AUMENTANDO SU EXTENCION.

ADEMAS HACE UNAS SEMANAS PRESENTA UNA LESION DERMICA DELIMITADA PLANA LEVEMENTE ESCAMATIVA DE MAS O MENOS 2 CENTIMETRO EN LA COMISURA OCULAR IZQUIERDA LA CUAL PRDUCE PRIRITO.

PRESENTA LESIONES PLURIGINOSA EN TODO EL TORAX

0. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

2. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
CLOASMA		L811		X	4.			
DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICCADA		L209	X		5.			
					6.			

2. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/09/2025	8:30	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312195694				

3. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

1. 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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

0. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

2. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

2. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
					4.			
					5.			
					6.			

3. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

1. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

Anali Zambrano Alcar
0997987256