

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1305077479		1305077479	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CEDEÑO		SOLORZANO		JENIFER		JAMILETH	F	1/4/2001	23
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
969840968					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital "Nicolás" de Santa Cruz	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES: NO REFIERE. APF MAMÁ Y PAPÁ NO REFIERE. MOTIVO DE CONSULTA ACUDE POR LUNAR EN MAMA IZQUIERDA NO ESPECIFICADA QUE AUMENTA DE TAMAÑO. REQUIERE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR DERMATOLOGÍA. AL MOMENTO EXÁMEN FÍSICO ACTUAL: AFEBRIL, CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE, TÓRAX SIMÉTRICO, CSPPS CLAROS VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. SIGNOS VITALES AL MOMENTO: PRESIÓN ARTERIAL 125/90 PULSO CARDÍACO 85x T36.7 ° RESPIRACIÓN 19 x SATURACIÓN 98% AL AMBIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
LEUCOCITOS #6.38X10 ⁹ NEUTROFILO % 78.0 HEMOGLOBINA %12.6 TRIGLICÉRIDOS MG/DL140

E. DIAGNÓSTICO																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE- PRESUNTIVO</th> <th>DEF- DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. NEVUS MELANOCÍTICO EN TORAX</td> <td></td> <td></td> <td>M873</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	1. NEVUS MELANOCÍTICO EN TORAX			M873	X		2.						3.					
	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF																			
1. NEVUS MELANOCÍTICO EN TORAX			M873	X																				
2.																								
3.																								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/11/2024	9:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312022369	DR. RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA		 ROMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA	

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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE- PRESUNTIVO</th> <th>DEF- DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	1.						2.						3.					
	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF																			
1.																								
2.																								
3.																								

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	