

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1268	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CS Agua Fria	TIPOLOGÍA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1306781665	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Vera	SEGUNDO APELLIDO Loor	PRIMER NOMBRE William	SEGUNDO NOMBRE Antonio	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 12-03-70
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0939661976		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Provincia: Manabí Cantón: Jarama Parroquia: Jarama		MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 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 MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Napoleón Saralea (Hospital) cons - Ext -	SERVICIO -	ESPECIALIDAD Dermatología
--------------------------------	--	---------------	------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 55 años de edad con App de Hipertensión arterial de 14 años de evolución aproximadamente acude por presuntas lesiones descamativas, ulcerosas en brazos (memb. sup. inferiores) y mal sup. que impiden conciliar el sueño

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Peso 72,5 Kg. PA 165/105 Temp. 36,5 °C FC 118 x' FC 79 x' Sat 98%

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Dermatitis Atópica			L209	x		4.			
2. no especificada						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 31-01-25	HORA (hh:mm) 16:00	PRIMER NOMBRE Luz	PRIMER APELLIDO Mendoza	SEGUNDO APELLIDO Camps
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1304278326		SELLO Dra. Luz Mendoza Camps ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1026-2022-2477525		

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

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

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