

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		CÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA / ÚNICA		NÚMERO DE ASESORÍA	
MSP		1410	HABAGA		3	1212055088		1212055088	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
LOPEZ		BRAVO		MARIA		RELAT		F	10/11/64
TEL. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN (EDAD / MARCA)		X	
982846981		0936272732		1		1		X	
LUGAR DE NACIMIENTO ACTUAL		1		2		3		4	
PROVINCIA		CANTON		PARISHIANA		1		2	
MANABI		BOLIVAR		CALCETA		1		2	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DETALLADO	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL VAPOLSON DAVILA-CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGÍA

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR LESIONES A NIVEL DEL BORDE DE LA LENGUA DEL LADO IZQUIERDO EN OCASIONES FIEBRE MALESTAR GENERAL MOLESTIAS AL COMER A VECES PRESENTA LEVE ULCERAS POR LO QUE AMERITA VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO CON VARIOS TRATAMIENTO SIN RESPUESTA FAVORABLE.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNOSTICO

1	DERMATITIS VESICULAR HERPÉTICA	2007	X	4
2				
3				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
10/11/2007	11/11/2007	12/11/2007	13/11/2007	14/11/2007	15/11/2007
Firma del Profesional Responsable					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

CONTRAREFERENCIA	REFERENCIA INVERSA
☐	☐

H. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	CÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DETALLADO	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA / ÚNICA	NÚMERO DE ASESORÍA
-------------------------	--------	---------------------------	-----------	------------------------------------	--------------------

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DETALLADO	SERVICIO	ESPECIALIDAD
-------------------------	---------------------------	----------	--------------

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

L. TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO EMPLÉATICO REALIZADO

TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO EMPLÉATICO REALIZADO	

M. DIAGNOSTICO

1		2	3	4

N. TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO EMPLÉATICO REALIZADO

TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO EMPLÉATICO REALIZADO	

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
Firma del Profesional Responsable					