



| A. 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                                                         |                                                         | 001414                              | Chone                    |                                     | CS-C      | 1315092492                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| PRIMER APELLIDO                                             |                                                         | SEGUNDO APELLIDO                    |                          | PRIMER NOMBRE                       |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| Zambrano                                                    |                                                         | Ponce                               |                          | Kevin                               |           | Xavier                           |  | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 21-02-1995       | 29   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H                        | D                               | M                        | A                        |                                    |                                     |                          | X                                  |                          |                          |                                                         |                          |
| H                                                           | D                                                       | M                                   | A                        |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     | X                        |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                                         |                                     |                          | REFERENCIA                          |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| 98-180-4400                                                 |                                                         |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/>         |  | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |                  |      |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                    | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                                         |                                     |                          | 1. Accesibilidad geográfica.        |           |                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| PROVINCIA                                                   |                                                         | CANTÓN                              |                          | PARROQUIA                           |           | 2. Falta de espacio físico.      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
| 13                                                          |                                                         | 1303                                |                          | 130301                              |           | 3. Falta de equipamiento.        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                    |                          |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                          |                                     |           | 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 |  |
| MSP                                                     |  | Hospital General Napoleon Davila Cordova |  | Consulta Externa |  | Dermatologia |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE PRESENTA LESIONES POPULOSAS DE LARGA EVOLUCIÓN EN DEDOS DE LAS MANOS QUE NO DES APARECEN CON LOS TRATAMIENTOS RECIBIDOS |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| N/A                                                               |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                  | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Verrugas Viricas |                                 | B07X | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |                  |                                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                  |                                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-11-06                            | 02:40        | Jose          |  | Andrade         | Garcia           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1307021061                            |              |               |  |                 |                  |

| 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 |  | TIPOLOGIA | 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 |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |