



| 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           | Pavon                    | CS                               | 1350619589                       |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Zambrano                                                    | Loor             | Tania                    | Mayli                            | M                                | 17-08-2010                                              | 14   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                          |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN                       |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 0983866325                                                  |                  |                          | X                                |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130356                   |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | X    |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |                                  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 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 FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD SIN APP RELEVANTE- ACUDE A CENTRO DE SALUD POR CUADRO DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIONES DECOLORATIVAS QUE SE PROPAGAN EN LA SUPERFICIE CORPORAL CON EL TIEMPO- EN EXTREMIDADES-ESPALDA- SE ENVIA TRATAMIENTO CON CLOTRIMAZOL Y BETAMETASONA SIN RESULTADOS- SE SOLICITA REFERENCIA A DERMATOLOGIA. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| CONSULTA DERMATOLOGICA                                            |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Vitiligo    |                                    | L80X | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-03-07                            | 03:59        | Javier        | Buenaventura    | Loor             |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1313606327                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |