



| 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                                                    | 1352513442                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Santos                                                      | Montes           | Oscar                    | Sahid                                                   | H                                | 10-01-2017        | 7    | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                          |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 989123183                                                   |                  |                          | X                                                       |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          | 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 resolutive                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130301                   |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PEDIATRICO DE 7 AÑOS QUE ACUDE CON CONTROL- CON ANTECEDENTES DE DERMATITIS ATOPICA. REFIERE HACE UN MES LO HOSPITALIZARON POR PRESENTAR ALZA TERMICA DE VARIOS DIAS CON MEJORIA AL INICIO DE ANTIBIOTICOS. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL ESTABLE. PRESENTA LESIONES EN PIEL DESDE HACE 1 MES SIN MEJORIA- REFIERE USO DE LOCION DE CALMINA- CORTICOIDES- PERMETRINA. SE REALIZA REFERENCIA CON DERMATOLOGIA |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| VALORACION POR ESPECIALIDAD                                       |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Dermatitis Atopica No Especificada |                                    | L209 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-10-27                            | 07:08        | Andres        | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1314783083                            |              |               |                 |                  |

| 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         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |