



| 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           | Centro De Salud Tipo C Tosagua | CS-C                             | 1305439711                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                  | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Delgado                                                     | Velez            | Jorge                          | Eloi                             | H                                  | 05-11-1967                                              | 58   | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                                |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                     |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| 0981813931                                                  |                  | X                              |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.   |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico.    |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                      | 3. Falta de equipamiento.        |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1315             | 131550                         | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TE. MASCULINO DE 58 AÑOS ACUDE POR LESION DERMATOLOGICA DEL DORSOP DE PIE DERECHO TIPO DERMATITIS CRONICA MICOTICA VS PSORIATICA.¿AL EX. FISICO: SE CONSTATA TAMBIÉN LESIÓN DERMATOLOGICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO TIPO QUERATOSIS DE 2 X 1CM DE DIAMETRO.POR ELLO SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL PARA SU ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEFINITIVO. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                  |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| ESIón DERMATOLOGICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO TIPO QUERATOSIS DE 2 X 1CM DE DIAMETRO. |

| E. DIAGNÓSTICO |                           | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Psoriasis No Especificada |                                    | L409 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                           |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                           |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-01-28                            | 10:53        | Yandry        | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |              |               |                 |                  |

| 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         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |