



| 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                    | San Bartolo                  | CS-A                                                    | 1354690305                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO          | PRIMER NOMBRE                | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Alcivar                                                     | Alava                     | Leicy                        | Juliet                                                  | M                                  | 26-08-2025        | 0    | H                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                           | REFERENCIA                   |                                                         | DERIVACIÓN                         |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 099-259-2485                                                |                           | X                            |                                                         | MOTIVO                             |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                           | 1. Accesibilidad geográfica. |                                                         | 6. Problemas de abastecimiento.    |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   |                           | 2. Falta de espacio físico.  |                                                         | 7. Insuficiencia de profesionales. |                   |      |                         |   |   |   |  |
| CANTÓN                                                      | 3. Falta de equipamiento. |                              | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                    |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PARROQUIA                                                   | 4. Equipos en mal estado. |                              | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                    |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1302                      | 130250                       | 5. Problemas de infraestructura.                        | X                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LACTANTE 5 MES ES DE EDAD S IN APP DE IMPORTANCIA NACIO A LAS 40S G POR PARTO DIS TOCICO- S IN NOVEDADES PRENATALES - NIPOS TNATALES - ALERGIA NIEGA- APF ABUELOS PATERNOS CON HTA Y DM ACUDE EN BRAZOS DE S U MADRE A ES TE CENTRO DE S ALUDPARA CONTROL DE NIÑO S ANO. MADRE NO REFIERE S INTOMATOLOGIA. DES ARROLLO PS ICOMOTOR DENVER II S IN ALTERACIÓN. DATOSANTROPOMÉTRICOS : ACORDE A EDAD TALLA Y PES O. ALIMENTACIÓN: LACTANCIA MATERNA EXCLUS IVA. TAMIZAJES : NORMALES . ACUDES IN S INTOMATOLOGIA- EXAMEN FÍS ICO S E OBS ERVAN NEVUS S IMPLEX A NIVEL NUCAL Y ES PALDA DE EXTENS IÓN MODERADA Y PLACAINDURADA DE COLORACIÓN ROJA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO S IN S IGNOS DE INFLAMACIÓN MADRE REFIERE QUE LES IÓN HA IDOAUMENTANDO DE TAMAÑO DES DE EL NACIMIENTO- RES TO DE EXAMEN FÍS ICO S IN ALTERACIONES - HOY AFEBRIL ALERTA Y ES TABLE |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| NINGUNO                                                           |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Hemangioma De Cualquier Sitio      | D180 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-02-03                            | 09:45        | Brissa        | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |
| 1312068727                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |