



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	Hospital Basico Natalia Huerta De Niemes		HB	1310774938																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
Coveña		Centeno		Maria		Johana		M	15-10-1988	37	<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																									
0962165492				X		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr></table>						1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐	5. Problemas de infraestructura.	☐		
1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																												
2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																												
3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																												
4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																												
5. Problemas de infraestructura.	☐																														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																													
13	1312	131250																													

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	
EDAD: 37 AÑOS . ALERGIAS : NO REFIERE. APP: RES IS TENCIA A LA INS ULINA ?? / DIABETES GES TACIONAL GLUCOS A EN AYUNAS 104 MG/DL. S E ENVIA A REALIZAR PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOS A 100 GRAMOS . APF: PADRE (DMT2/HTA). APQ: COLECIS TECTOMIA HACE 2 AÑOS . AGO: MENARQUIA: 14 CICLOS MENS TRUALES IRREGULARES 35X6 FLUJO: ABUNDANTE. DIS MENORREA: NO. PAP TES T: HACE 2 AÑOS (NORMAL). PLANIFICACION FAMILIAR: NO REFIERE. GES TA 2 ABORTO 1 PARTO 0 CES AREA 0. GES TA 2 ACTUAL: FUM: 11/11/2026. EG: 16.1 S EMANAS . CONTROLES : 1 ECOGRAFIAS : 1 (APARENTEMENTE NORMAL NO TRAE REPORTE) MH: NUTRY BABY DHA + CALCIBON D + ECLAMP + BONJES TA 20/20 MG. VACUNAS : NO. MOTIVO DE CONS ULTA: PACIENTE AL MOMENTO REFIERE ORINA DE COLORACION AMARILLENTO- NIEGA DIS URIA- NIEGA TENES MO VES ICAL- REFIERE DOLOR A NIVEL DE FOS A ILIACA DERECHA- SECRECION VAGINAL BLANCA AMARILLENTO- NO MAL OLO- NIEGA COMEZON- NAUS EAS Y VOMITOS 1 VEZ AL DÍA- NIEGA S ANGRADO TRANS VAGINAL- NIEGA PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES . NIEGA S IGNOS DE VAS OES PAS MO. PACIENTE CON OBES IDAD TIPO 2 IMC 37. PACIENTE ACUDE EL DIA DE HOY A CONTROL EN BUENAS CONDICIONES - NIEGA MOLES TIAS URINARIAS - NIEGA S ECRECION VAGINAL- SIGNOS DE VAS OES PAS MO. S EROLOGIA NEGATIVA. GLUCOS A EN AYUNAS 101 MG/DL- PRUEBA DE TOG 100 GRAMOS POS ITIVA. HB 13.2 MG/DL. ECOGRAFIA NORMAL. SE INDICA DIETA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
NA	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Dermatitis Seborreica No Especificada		L219	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-21	09:44	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. DIAGNÓSTICOPRE= 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		