



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	1311560179						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Espinoza	Alvarez	Ricardo	Jose	H	11-01-1989	37	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0996694574		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	1315	131550	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
ACIENTE MAS CULINO DE 37 AÑOS DE EDAD- QUE ACUDE A ES TA CAS A DE S ALUD A CONTROL POR PRES ENTAR CUADRO CLÍNICO DEAPROXIMADAMENTE 3 S EMANAS DE EVOLUCIÓN- CARACTERIZADO POR LES IONES DÉRMICAS PRURIGINOS AS Y ES CAMOS AS(?CAS POS AS ?). EL PACIENTE HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO POR MÉDICO DERMATÓLOGO- S IN MEJORÍA CLÍNICA S IGNIFICATIVADEL CUADRO ACTUAL. AL EXAMEN Y POR CARACTERÍS TICAS DES CRITAS - EL CUADRO ES COMPATIBLE CON PITIRIAS IS VERS ICOLOR.LES IONES DÉRMICAS LOCALIZADAS EN MIEMBROS INFERIORES Y REGIÓN DORS AL (ES PALDA)- CARACTERIZADAS POR MÁCULAS YPLACAS HIPOPIGMENTADAS E HIPERPIGMENTADAS DE DIFERENTES TONALIDADES - DE CONTORNOS IRREGULARES - CONFINUENTES ENALGUNAS ÁREAS - DE AS PECTO DES CAMATIVO FINO (?CAS POS O?)- CON PRES ENCIA DE PRURITO DE INTENS IDAD VARIABLE. LASLES IONES S E DIS TRIBUYEN PREDOMINANTEMENTE EN ZONAS EXPUES TAS Y ÁREAS DE MAYOR S UDORACIÓN- CON PATRÓNMULTIFOCAL- S IN S IGNOS DE S UPURACIÓN- ULCERACIÓN NI EVIDENCIA DE INFECCIÓN BACTERIANA S OBREAGREGADA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
S E REQUIERE VALORACION POR ES PECILIDAD

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Pitiriasis Versicolor	B360		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-02	03:48	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 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	