

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	503724957		503724957					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO	SOLORZANO		JENIFER		JAMILETH		F	14/2001	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
979691986													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.								
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.								
MANABI	FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO		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					X			
					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		DERMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO 23 AÑOS APP. ALERGIA CUTANEA NO ESPECIFICADA . AL MOMENTO ACUDE POR PRURITO ERITEMA GENERALIZADA. REQUIERE VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA . AL MOMENTO EXAMEN FÍSICO ACTUAL AFEBRIL CUELLO SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS TORAX SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS PALPABLES CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS ABDOMEN NO DOLOR DEPRESIBLE RUIDOS AUDIBLES NO VISCEROMEGALIAS EXTREMIDADES NO EDEMAS SIMETRICAS NO ADENOPATÍAS SIGNOS VITALES PRESIÓN 120/70MMHG PULSO 80x T36.7°C. SATURACIÓN 98% RESPIRACIÓN 20 GLASGOW 15/15. SE REQUIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD
TEST DE ALERGIAS

E. DIAGNÓSTICO

	PREF= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X		4.	ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X	
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
20/2/2025	14:00	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO		
1312022369		RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA					

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

	PREF= 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		