

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	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
CEDENO		SOLORIZANO		JENIFER		JAMILETH	F	1/4/2001	23
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
979691986					☒				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				

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 SIMÉTRICAS 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 DERMATOLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD
TEST DE ALERGIAS

E. DIAGNÓSTICO																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE-PRESUNTIVO</th> <th>DEF-DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ALERGIA NO ESPECIFICADA</td> <td></td> <td></td> <td>T784</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	1. ALERGIA NO ESPECIFICADA			T784	X		2.						3.					
	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF																			
1. ALERGIA NO ESPECIFICADA			T784	X																				
2.																								
3.																								

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	FRMA			
1312022369	RÓMULO ARGENTIS 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	TIPOLOGÍA	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																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE-PRESUNTIVO</th> <th>DEF-DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	1.						2.						3.					
	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF																			
1.																								
2.																								
3.																								

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	FRMA			