

| 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                                                         |  | 1246              | C. S TOSAGUA             |               | TIPO C    | 0904924628                                                                                                                                                             |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                         |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
|                                                             |  |                   |                          |               |           |                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      | H                       | D | M | A |
| BAZURTO                                                     |  | CEVALLOS          |                          | ALBERTO       |           | ANTONIO                                                                                                                                                                |  | H                 | 17/05/1955       | 70   |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                                                                                                                                                             |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| 0959933112                                                  |  | NO                |                          |               |           | X                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                   |                          | MOTIVO        |           |                                                                                                                                                                        |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA     |           | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.              |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                                      |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA       |           | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
|                                                             |  |                   |                          |               |           | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>                      |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                              |            |              |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     | SERVICIO   | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     | HOSPITAL DR. NPAOLEON DAVILA | C. EXTERNA | DERMATOLOGIA |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO</b></p> <p>PACIENTE MASCULINO ADULTO MAYOR DE 70 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA ACUDE A LA UNIDAD PARA CONTROL, MENCIONA DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA LUEGO DE CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA, NIEGA HABERSE SOBADO, REFIERE EDEMA EN SITIO DE DOLOR, CONSERVA MOVILIDAD. ADEMÁS PACIENTE CONTINUA CON PRURITO INTENSO EN ZONA DE PENE Y PELVICA, A PESAR DE TRATAMIENTO NO HAY MEJORA, REFIERO PARA VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

| E. DIAGNÓSTICO |                  | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | PRURITO ESCROTAL |                 |                 | L291 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                  |                 |                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                  |                 |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |                                                                                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                   | PRIMER APELLIDO  |
| 2026/02/23                            | 16:00           |                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA                                                                           | SELLO            |
|                                       |                 | <b>ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b><br><b>REG. SENESCYT:</b> |                  |

| EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN |    |  |    |  |                        |                    |  |    |  |  |  |
|----------------------------------------|----|--|----|--|------------------------|--------------------|--|----|--|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                 | SI |  | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                 |  | NO |  |  |  |
| CONTRA REFERENCIA                      |    |  |    |  |                        | 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 |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |

[illegible]

| F. DIAGNOSTICO |  | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |