

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		1268	CS Agua Fria		A	1301017669			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
Guecero		Bland		Francisca		Alberline		M	02-05-43
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0994259071 - 0992035768					X			☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Faltas de espacio físico ☐ 3. Faltas de equipamiento ☐ 4. Espacios en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO		☐ 6. Problemas de aseguramiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Insuficiente capacidad reactiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
Mandabí		Jenun		Jenun				X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hosp. Napaeon Santa C.	cons. Externa	Dermatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente femenina de 82 años (adulto mayor) con App de hipertensión arterial. De aproximadamente 35 años de edad es atendida en su domicilio por lesiones exfoliativas pruriginosas, descamativas en las mamas y en espalda, y miembros inferiores que no mejoran con tratamiento.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Lesiones pruriginosas, descamativas, exfoliativas en miembros inferiores, tronco y región inguinal.	

E. DIAGNÓSTICO	
1. psoriasis no especificada. L409	X
2.	
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10-12-25	10:30	Luz	Mendoza	Campes
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1304278326		Luz Mendoza		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
SI NO	SI NO

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	
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		FIRMA		