

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			
ESS		1421	HOSPITAL BASICO CHONE			1309565974		791350			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MONCIZA		ALCIVAR		SHIRLEY		MARIA		F	03/04/1977	47	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de abastecimiento					
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA				2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales					
MANABÍ CHONE CHONE				3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutiva					
				4. Equipos en mal estado		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
				5. Problemas de infraestructura							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		CONSULTA EXTERNA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
		DERMATOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PCTE DE 47 AÑOS QUE ACUDE CON LESIONES EN PIEL DISEMINADAS QUE SE ACOMPAÑAN DE CAMBIO DE COLORACION DE LA MISMA Y PRURITO. EN TRATAMIENTO NO ESPECIFICADO Y SIN MEJORA CLÍNICA. ACTUALMENTE EN ESPERA DE VALORACION Y TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD.	
AL EXAMEN FÍSICO. CP: RÍTMICO NO SOPLOS MV CONSERVADO. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA NORMALES.	
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS NO EDEMAS. SE EVIDENCIA MACULAS ACHOCOLATADAS EN MIEMBROS.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE+PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	CAMBIOS DE COLORACION DE LA PIEL		L819	X		4.		
2.	DERMATITIS ATÓPICA		L209	X		5.		
3.						6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
01/04/2025	13H30	CARLOS	MUÑOZ	SANTANA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1306403930				

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

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	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