

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1303990798								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
VELEZ		VERA		CRUZ		AZUCENA		F	11/02/1961	64				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
0996469928				NO										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA										

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR.NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	DERMATOLOGIA

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE DE PROLAPSO UTERINO, REFIERE APARICIÓN "BOLITAS AMPOLLOSAS" EN LA PIEL DE CABEZA, CUELLO, TRONCO Y EXTREMIDADES ACOMPAÑADO DE INTENSO PRURITO QUE SE EXACERBA EN LA FASE AMPOLLOSA Y CEDE AL ROMPERSE, CON TTO CON PREDNISONA, ORAL Y BETAMETASONA TOPICO. REFIERE QUE SE ENCUENTRAN MUY BIEN, BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, NO POLIDIPSIA NO POLIFAGIA, NO PERDIDA DE PESO. SE DA ORIENTACIONES HIGIENICO DIETETICAS, CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MÉDICO. RIESGO CV A 10 AÑOS: (BAJO). SE ENVÍA REFERENCIA A DERMATOLOGIA.. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

1.	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	L209		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/28	16:00			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	
			SELLO	
			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA							REFERENCIA INVERSA								

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	