

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		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO		A	1304258898								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SOLORZANO		LAAZ		TERESA		ELIZAB			07-01-1963	62	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN					
0997162394				MSP					MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.					
						3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutiva					
						4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de		X			
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA		5. Problemas de infraestructura								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

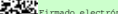
ADULTO MADURO CON APP DE HTA . PSORIASIS DE MAS MENOS 4 AÑOS DE EVOLUCION, HA SIDO TRATADA POR MEDICO EN HOSPITAL CHONE, AL MOMENTO SIN CITAS SUBSECUENTE. PRESENTA PRURITO INTENSA EN REGION DE CUERO CABELLUDO, DESCAMACION. EXAMEN FISICO: ZONAS DE CUERO CABELLUDO, ERITEMATOSAS DESCAMATIVAS, DOLOROSAS DURANTE EL RASCADO. ZONAS DE EXTENSION DE ARTICULACIONES DE MIEMBROS SPA. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO CONTORL SUBSECUENTE POR MEDICO ESPECIALISTA
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CIE	PRI	DEF			CIE	PRI	DEF
1.	PSORIASIS		L400		X	4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/09/2025	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1308639879		 Firmado electrónicamente por: IGNACIO XAVIER MANRIQUE AVEIGA Validar únicamente con FirmaEC		

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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	TIPOLOGIA	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

F. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESUNTIVO DE- DEFINITIVO	CIE	PRI	DEF		CIE	PRI	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	