

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
IES		IES CHONE		1305228387	558216
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD
IBARRA	CEDEÑO	CARMEN	CECILIA	F	26 07 1967
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
967977324		H D M A			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			
MANABÍ	CHONE	CHONE			
REFERENCIA		DERIVACIÓN			
X					
MOTIVO					
1. Accesibilidad geográfica					
2. Falta de espacio físico					
3. Falta de equipamiento					
4. Equipos en mal estado					
5. Problemas de infraestructura					
6. Problemas de abastecimiento					
7. Insuficiencia de profesionales					
8. Inadecuada capacidad resolutiva					
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PCTE DE 56 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR LESION HIPERPIGMENTADA DESCAMATIVA BORDES IRREGULARES DE CRECIMIENTO PROGRESIVO A NIVEL DE REGIO SUPERIOR DE MUSLO DERECHO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE+PRESENTIVO DEF+DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
OTROS TIPO DE HIPERPIGMENTACION MELANODERMICA	L814	X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/04/2025	10.00	MARIUXI	CASTRO	ARTEAGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1308625951				
		SELO MARIUXI G. CASTRO ARTEAGA MEDICO GENERAL Reg. MSP. L.I F.2681 No.- 6722		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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

PRE+PRESENTIVO DEF+DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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		SELO