

A DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		HCU		N° ARCHIVO	
RED PÚBLICA		UNI-CÓDIGO 21104		CENTRO DE SALUD CHONE		13054-2616		34380	
NOMBRE	APELLIDO	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN DE EDAD (MARCAR)				
MARIA TRINIDAD	INTRIAGO PARRAGA	F	1968-08-07	57	☒ H	☐ D	☐ M	☐ A	☐ X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X DERIVACIÓN					
0991274077		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABI BOLIVAR 130250		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X					
		5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

Institución del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL DR NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Ambulatorio	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 37 AOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIN ARTERIAL CON SEGUIMIENTO Y CONTROL ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA EVOLUCIN CARACTERIZADO POR LESIONES ESCAMATIVAS EN PIEL Y CUERO CABELLUDO QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO MDICO PACIENTE REFIERE CAIDA DEL CABELLO PROGRESIVO POR LO QUE REQUIERE VALORACIN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

REQUIERE VALORACIN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGA

E DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO				CIE PRE DEF			
1	Seborrea capitis	L210			4				
2	Dermatitis seborreica, no especificada	L219			5				
3					6				

F DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	2026-05-05	HORA	07:56:30	NOMBRE DEL PROFESIONAL	KARMEN ALEXANDRA BRAVO MENDOZA
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	1310684772	FIRMA			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	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 CLINICA UNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

Institución del Sistema	Establecimiento de Salud	Distrito	Fecha

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO				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		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL	
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		SELLO	