

19/8/1947

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1306593862		1307293306	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
LEONES		BRAVO		MARIA		CONCEPCIÓN	F	01/02/1968	56
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
998486152					☒	☐		R D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA					1. Accesibilidad geográfica.				
MONTE ROSARIO COLLETA					2. Problemas de abastecimiento.				
					3. Insuficiencia de profesionales.				
					4. Equipos en mal estado.				
					5. Problemas de infraestructura.				
					6. Inadecuada capacidad resolutiva.				
					7. 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		CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA SIN ANTECEDENTES QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIONES EN LA PIERNA AL NIVEL DEL MUSLO DERECHO ACTUALMENTE CON TRATAMIENTO DERMATOLÓGICO POR PRESENTAR HERPES ZOSTER LA CUAL ESTAN SOLICITANDO REFERENCIA PARA EL ADECUADO SEGUIMIENTO DEL PACIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
DERMATITIS VESICULAR HERPÉTICA	B001		X					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28 11 2024	9:30 AM	MARCOS		CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FRMA	SELLO	
1311550667				

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	TIPOLOGÍA	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 (dd-mm-aa)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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