

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
IES		1421	HOSPITAL BÁSICO CHONE			1307326023		528824	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ACOSTA		ZAMBRANO		MIGLEYNY		F	21/08/1959	55	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
					X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
1. Accesibilidad geográfica.					6. Problemas de abastecimiento.				
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 servicios.				
5. Problemas de infraestructura.									
PROVINCIA					CANTÓN				
MANABÍ					CHONE				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDONA	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACINTE DE 55 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE QUE ACUDE CON LESIONES DERMICAS DE LARGA DATA DISEMINADAS EN EL CUERPO Y QUE SE ACOMPAÑAN DE PRURITO	
AL EXAMEN FISICO CP: RITMICO NO SOPLOS MV CONSERVADO. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA NORMALES	
EXTREMIDADES: SIMETRICAS NO EDEMAS.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO	
1. DERMATITIS ATOPICA	PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO
	CIE PRE DEF
	L208 X
	4. 5. 6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
11/02/2025	14H30	CARLOS	MUÑOZ	SANTANA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO			
1306403930		Dr. Carlos Muñoz Santana MEDICO CIRUJANO diatrista - Medicina General Col Med. #1706 FONO. 888 553752			

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 (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
1.	PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO
	CIE PRE DEF
	4. 5. 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	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA