

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	BASURTO	JACINTO ROBINSON	17	09	1971	52 años, 11 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307984946	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO LIMON 1 y SITIO LIMON 1	098-401-0396 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area	
MSP	1307984946	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Dermatología		2024	09	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON LESIONES DERMICAS DESCAMATIVAS SECUNDARIO A LESIONES POR CONTACTO DESDE HACE 7 MESES AL MOMENTO SE ENCUENTRA DESCOMPENSACION ESTADO YA NO ESTA EN CONTACTO CON QUIMICOS Y HA TENIDO RESPUESTA A TRATAMIENTOS ANTERIORES, INDICA QUE TIENE PRURITO EN OJO IZQUIERDO CON DOLOR OCASIONAL. VISIÓN BORROSA DE CERCA , AL MOMENTO CON CIFRAS TENSIONAS ELEVADAS. PIES AGRIETADOS, Y MANOS EN PALMA DE MANOS CARA ANTERIOR DE MANOS Y PIES EN PLANTA DE LOS PIES CON AGRIETAMIENTO DE LOS MISMOS.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

teléfono 0984010396

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A OTROS PRODUCTOS QUIMICOS	L235		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-06	14:51	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-06	14:51	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	