

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 |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |  |                  | DISTRITO 13 D06          |                                  | B         | 1309241311                       |  | 1309241311        |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Loor                                  |  | Laaz             |                          | Teresa                           |           | Yajaira                          |  | F                 | 10/15/1979       | 46   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                       |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| 0963200469/ 0989930508                |  |                  |                          | X                                |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | MOTIVO                           |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | X                                |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| CANTÓN                                |  |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| PARROQUIA                             |  |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                |  |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| BOLIVAR                               |  |                  |                          |                                  |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |
| CALCETA                               |  |                  |                          |                                  |           |                                  |  |                   |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                                  |  |            |  |                           |  |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         |  | SERVICIO   |  | ESPECIALIDAD              |  |
| MSP                     |  | hospital napoleon davila cordova |  | C- EXTERNA |  | DERMATOLOGIA DR. IBRAHIMA |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DE SORIASIS Paciente manifiesta presentar la psoriasis desde hace 15 años atrás con la presencia de Parches rojos escamosos que se presentan en brazos antebrazos codos piernas

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

El médico especialista le atendió el 9 de febrero y le prescribió metotrexato ácido fólico y betametasona en tópicos

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |        |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|--------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE    | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. Psoriasis guttata (en gotas).   | L 40.4 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |        |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |        |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |                   |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|-------------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE     |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 18/02/2026                            | 900             | JOSE              |  | PINOARGOTE      |  | MENENDEZ         |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA             |  | SELLO           |  |                  |  |
| 1308408135                            |                 | JOSE PINOARGOTE M |  |                 |  |                  |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                                                                                       |    |    |                        |  |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------------------|--|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                                                                | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | SI | NO |
| CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/> REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> |    |    |                        |  |    |    |

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= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |  |                  |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |