

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1309454708	1309454708	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
ZAMBRANO	ALCIVAR	DAVID		JAVIER	F	01/01/1978	47
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN		
982433245				X			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		6 Problemas de abastecimiento			
MANABI	CHONE	CHONE		7 Insuficiencia de profesionales			
				8 Inadecuada capacidad resolutiva			
				9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				X			
				X			

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 MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR REFERIR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LESIONES DERMICAS CARACTERIZADA POR LA APARICION DE PEQUEÑAS PUSTULAS FLACIDAS QUE TERMINAN EN VESICULAS QUE SE TRANSFORMAN EN PUSTULAS EN LOS MIEMBROS INFERIORES Y ABDOMEN QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO CONVENCIONAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PREL. PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. DERMATITIS PUSTULOSA SUBCORNELA		L131	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05/03/2026	15:00	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312195694		GEORGE C		

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	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

PREL. PRESUNTIVO	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO