

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	
ESS		1421	HOSPITAL BASICO CHONE			1309565974		791350	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
MENEZGA		AL CIVAR		SHIRLEY		MARIA		F	03/04/1977
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
				X				H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO		X	
PROVINCIA		CHONE		CHONE		1. Accesibilidad geográfica			
MANABÍ						2. Falta de espacio físico			
						3. Falta de equipamiento			
						4. Equipos en mal estado			
						5. Problemas de infraestructura			
						6. Problemas de abastecimiento			
						7. Insuficiencia de profesionales			
						8. Inadecuada capacidad resolutoria			
						9. 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

PCTE DE 47 AÑOS QUE ACUDE CON LESIONES EN PIEL DISEMINADAS QUE SE ACOMPAÑAN DE CAMBIO DE COLORACIÓN DE LA MISMA Y PRURITO. EN TRATAMIENTO NO ESPECIFICADO Y SIN MEJORA CLÍNICA. ACTUALMENTE EN ESPERA DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD.

AL EXAMEN FÍSICO: CP: RÍTMICO NO SOPLOS MV CONSERVADO. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA NORMALES

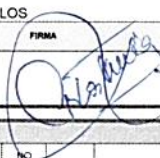
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS NO EDEMAS. SE EVIDENCIA MACULAS ACHOCOLATADAS EN MIEMBROS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE+ PRESENTIVO	DEF+ DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	CAMBIO DE COLORACIÓN DE LA PIEL	L819	X		4.		
2.	DERMATITIS ATÓPICA	L209	X		5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
01/04/2025	13H30	CARLOS	MUÑOZ	SANTANA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1306403930				

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

PRE+ PRESENTIVO	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