

56
ch.
✓

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	
MSP		1410	HBAGA		B	1310822590		1312055866	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
SOLORZANO		ALCIVAR		GLADYS		MARIA	F	23/9/1986	39
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
0976699778					☐	☒			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA					6. Problemas de abastecimiento				
CANTÓN					7. Insuficiencia de profesionales				
PARROQUIA					8. Inadecuada capacidad resolutiva				
MANABI					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
BOLIVAR					CALCETA				
					1. Accesibilidad geográfica				
					2. Falta de espacio físico				
					3. Falta de equipamiento				
					4. Equipos en mal estado				
					5. Problemas de infraestructura				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		CONSULTA EXTERNA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
		DERMATOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE POR PRESENTAR UNA DERMATITIS PERIORAL CON PEQUEÑOS BULTOS ROJOS DESCAMACION ALREDEDOR DE LA BOCA CON INTENSO PRURITO POR LO QUE AH LLEVADO DIFERENTE TIPOS DE TRATAMIENTO SIN RESPUESTA FAVORABLE POR LO QUE SE DECIDE VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO					
PRE-ESTABLECIDO	DEFINICIÓN	CE	PRE	DEF	
1.	DERMATITIS ATÓPICA, NO ESPECIFICADA	L209	X		4.
2.					5.
3.					6.



F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
7/11/2025	10H00	MARCO		AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
1311550667		Dr. Marco Antonio Azua Cedeno ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL E.I.: 33345867			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
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

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO					
PRE-ESTABLECIDO	DEFINICIÓN	CE	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			