

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				
IESS	1421	HOSPITAL BASICO CHONE		1310625684	881738				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
ANDRADE	INTRIAGO	CLAUDIA	PAOLA	F	30/7/1989	35	H	D	M
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO		
982049185					X		1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Ineficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							
MANABI	CHONE	CHONE							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
IESS	HOSPITAL NARCISO DAVILA CORCOVA	CE	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
SE TRATA DE PACIENTE 35 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR LESION DERMICA DESCAMATIVA DE VARIOS MESES DE EVOLUCION YA TRATADA POR VARIOS MEDICOS GENERALES SIN RESPUESTA FAVORABLE A LOS TRATAMIENTOS INSTAURADOS POR LO QUE CONSULTA. SE OBSERVA EN EL TERCIO MEDIO PIERNA IZQUIERDA LESION DERMICA DESCAMATIVA DE APROXIMADAMENTE 8CM DE DIAMETRO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SOLICITADOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE- PRESENTA DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. DERMATOFITOSIS, NO ESPECIFICADA		B359		A.			
2.				B.			
3.				C.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
3/9/2025	13.00	FABRICIO	PALMA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SEGUNDO APELLIDO	
1310741671		COBEÑA	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA - I.
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	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- PRESENTA DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.				A.			
2.				B.			
3.				C.			

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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO	